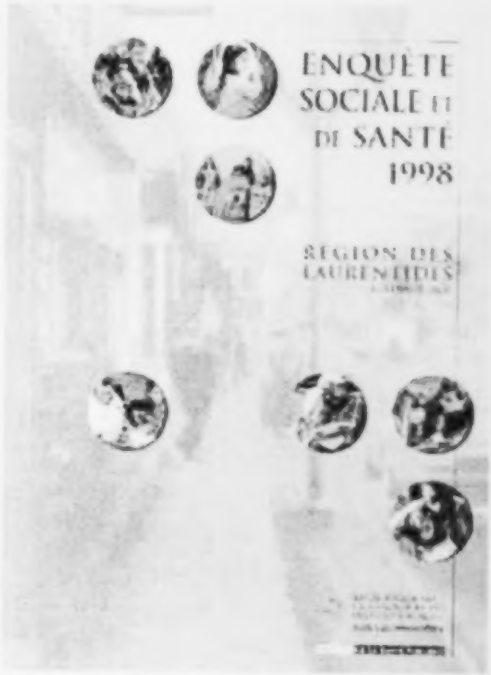


Table des matières

RÉDACTION
Manon Girard

COLLABORATION
Sylvie Bélair
Huguette Crête
Slobodan Ducic
Gilbert Filion
Nicole Goyer
François Lapointe
Judith Légaré
Sylvie Provost
Dominique Sévigny

COMMUNICATION
Gilles Chaput
Élise Prévost

Une publication de la
Coordination de la recherche et de l'évaluation
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

LA FORME MASCULINE UTILISÉE DANS CE TEXTE DÉSIGNE, LORSQU'IL Y A LIEU, AUSSI BIEN LES FEMMES QUE LES HOMMES.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS V
INTRODUCTION VII

CHAPITRE 1 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE 1
1.1 Collecte de données 2
1.2 Analyse 4
1.3 Présentation des résultats 4
1.4 Portée et limites de l'enquête 5

CHAPITRE 2 HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS 7
2.1 Usage du tabac 8
2.2 Consommation d'alcool 12
2.3 Consommation de drogues 14
2.4 Alimentation : perception, pratiques et insécurité alimentaire 15
2.5 Activité physique 17
2.6 Poids corporel 20
2.7 Comportements sexuels et utilisation du condom 23
2.8 Comportements de santé propres aux femmes 24

CHAPITRE 3 ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE 29
3.1 Perception de l'état de santé 30
3.2 Problèmes de santé 32
3.3 Problèmes auditifs et problèmes visuels 34
3.4 Accidents avec blessures 36
3.5 Santé mentale 37
3.6 Idées suicidaires et parasuicides 39
3.7 Incapacité et limitations d'activité 40

CHAPITRE 4 RECOURS AUX SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ 41
4.1 Recours aux services des professionnels de la santé et des services sociaux 42
4.2 Recours à l'hospitalisation, à la chirurgie d'un jour, et aux services post-hospitaliers 45
4.3 Consommation de médicaments 46
4.4 Vaccination contre la grippe 48
4.5 Recours au service téléphonique Info-santé CLSC 49
4.6 Couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé 50

CHAPITRE 5 ENVIRONNEMENT DE SOUTIEN ET MILIEU DE TRAVAIL 53
5.1 Milieu social 54
5.2 Travail et santé 55
5.3 Environnement psychosocial du travail 56

CONCLUSION 59

AVANT-PROPOS

En 1998, la Direction Santé Québec de l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) a entrepris le troisième volet de ses enquêtes sociales et de santé. Les indicateurs que tente de documenter cette nouvelle enquête ont parfois été mis à jour, certains autres ont été conservés tels quels pour assurer la comparabilité avec les enquêtes précédentes, et d'autres ont été ajoutés ou enlevés pour mieux s'adapter aux nouvelles réalités. Cette enquête offre donc la possibilité d'examiner plusieurs indicateurs touchant certaines caractéristiques sociales et certains aspects de la santé de la population.

Dans un processus de collaboration entre les régions et la Direction Santé Québec, les directions de santé publique des régies régionales de la santé et des services sociaux ont été sollicitées afin de produire un rapport régional sur les données de l'enquête. Il est à souligner que le présent document est une adaptation régionale de ce qu'on trouve dans le rapport provincial[1]. Lors de la rédaction du rapport régional, il a été convenu de retenir seulement certains indicateurs selon la pertinence de l'information pour la région et certaines considérations statistiques (taille d'échantillon, fréquence du problème, etc.). Ainsi certains thèmes seront représentés par un nombre plus restreint d'indicateurs au niveau régional qu'au niveau provincial. Le lecteur est invité à consulter le rapport provincial pour connaître les sources bibliographiques, les notes méthodologiques ainsi que les mises en garde.

Par ailleurs, les données individuelles de l'enquête n'étant pas disponibles au moment de la rédaction, ce document est donc fondé uniquement sur les croisements standards faits par la Direction Santé Québec. Ainsi, le présent rapport décrit les données régionales selon le schéma d'analyse suivant : la proportion générale, les différences entre la région et le Québec, les tendances temporelles lorsqu'applicables, les différences entre les sexes et les différences entre les groupes d'âge. Des analyses plus poussées seront effectuées pour certains thèmes ultérieurement.

En terminant, nous tenons à remercier les 1693 personnes de la région des Laurentides qui ont accepté de donner de leur temps pour répondre aux questions de l'enquête. Qu'elles soient assurées de notre engagement à respecter le caractère confidentiel des données obtenues.

---

[1] DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COUTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). Enquête sociale et de santé 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec.

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec s'est doté en 1992 d'une Politique de la santé et du bien-être (PSBE) et en 1997, de Priorités nationales de santé publique (PNSP). La PSBE propose l'atteinte de 19 objectifs de santé pour l'an 2002. Elle cible tant les facteurs explicatifs des problèmes que les groupes les plus touchés et les stratégies à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Ces cibles sont basées sur la mesure de problèmes documentés en bonne partie à l'aide des données d'enquêtes, en l'occurrence celle de Santé Québec 1987, qui a marqué le coup d'envoi d'une série d'enquêtes dont l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 et l'Enquête sociale et de santé 1998, objet du présent rapport.

Quant aux sept priorités nationales de santé publique, elles s'appuient également en partie sur des données d'enquêtes. Outre la connaissance de l'état de santé et de bien-être de la population à laquelle elle contribue, l'enquête de 1998, troisième enquête générale sur la santé des Québécois, donne la possibilité de comparer les indicateurs à travers les années et facilite le suivi de la PSBE et des PNSP.

L'enquête ne répond pas à toutes les questions et, comme n'importe quelle source de données, elle a ses limites. Malgré cela, elle fournit un éclairage sur la santé, complémentaire aux données portant sur l'organisation des services. De plus, elle aide à la prise de décision et aux choix de priorités et d'orientations, afin que des actions plus efficaces soient mises en place.

L'ISQ et ses partenaires présentent une Enquête sociale et de santé 1998 de grande qualité qui sera utile aux décideurs, aux planificateurs et aux intervenants, et qui contribuera ainsi à l'amélioration de la santé et du bien-être des Québécois. Pour ce faire, on utilise des questions validées scientifiquement, on soumet les méthodes de collecte et le traitement des données à des standards de qualité élevés et à des contrôles réguliers, on traite les données avec les meilleurs outils statistiques et on fait appel aux experts des différents thèmes à l'étude pour les interpréter.

Dans la poursuite de son mandat d'informer sa population, la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides présente à travers ce rapport un aperçu des résultats des principaux thèmes de l'enquête pour la région des Laurentides.

CHAPITRE 1

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Ce chapitre résume les grandes lignes des différents aspects méthodologiques reliés à l'enquête. Les sujets abordés dans cette section sont la collecte de données, l'analyse, la présentation des résultats ainsi que la portée et les limites de l'enquête.

105-06360/

1.1 COLLECTE DE DONNÉES

Les instruments de l'enquête ont été élaborés avec la collaboration de nombreux experts du milieu de la santé et des services sociaux. Les outils principaux, le questionnaire rempli par l'interviewer (QRI) et le questionnaire auto-administré (QAA), ont été repris des enquêtes précédentes de 1987 et de 1992-1993, mais adaptés aux objectifs de l'Enquête sociale et de santé 1998. En général, on a conservé le libellé exact des questions afin d'assurer la comparabilité des données entre les enquêtes. Toutefois, certaines questions ont été abandonnées au profit d'autres indicateurs, comparables à plus grande échelle, et ce, au risque de réduire la comparabilité des résultats de la présente enquête avec ceux des enquêtes de 1987 et de 1992-1993.

La population visée par l'Enquête sociale et de santé 1998 est celle de l'ensemble des ménages privés de toutes les régions sociosanitaires du Québec à l'exclusion des régions crie et inuit. Un ménage privé est constitué de tous les membres de ce ménage qui considèrent le logement privé qu'ils occupent comme leur lieu de résidence habituel ou qui n'ont pas déclaré d'autre lieu de résidence habituel ailleurs.

L'Enquête sociale et de santé 1998 suit un plan de sondage stratifié à deux degrés, à savoir stratifié par région et par aires homogènes. Cette méthode a pour but de permettre une analyse de chaque région sociosanitaire et d'assurer une représentation adéquate des aires géographiques où sont concentrées les populations défavorisées.

L'enquête utilise un échantillon de taille considérable réparti tout au long de l'année pour tenir compte d'éventuelles variations saisonnières. La collecte de données a permis d'atteindre, pour chaque instrument, des résultats sur le plan de la réponse totale qui sont plus qu'acceptables : 88 % comme taux de réponse au QRI et 86 % au QAA parmi les répondants du QRI âgés de 15 ans et plus, dans la région des Laurentides. **Ainsi, quelques 1 693 personnes de tous âges des Laurentides ont été interrogées, et environ 1 141 personnes pour les données relatives à la population de 15 ans et plus.**

Liste des grands thèmes explorés lors des enquêtes de Sociales et de santé de Santé Québec, 1987, 1992-1993, 1998

Thèmes	1987	1992-1993	1998
Poids corporel	✓	✓	✓
Habitudes alimentaires			✓
Activité physique	✓	✓	✓
Usage du tabac	✓	✓	✓
Consommation d'alcool	✓	✓	✓
Consommation de drogues			✓
Sexualité - orientation sexuelle			✓
Comportements de santé propres aux femmes	✓	✓	✓
Perception de l'état de santé	✓	✓	✓
État de santé physique (problèmes de santé)	✓		✓
Accidents avec blessures	✓	✓	✓
État de santé mentale	✓	✓	✓
Incapacité et limitations d'activité	✓	✓	✓
Consommation de médicaments	✓	✓	✓
Recours aux services professionnels de la santé	✓	✓	✓
Chirurgie d'un jour et hospitalisation			✓
Service Info-santé CLSC			✓
Réalités familiales	✓	✓	✓
Air ambiant au domicile et asthme			✓
Milieu social	✓	✓	✓
Environnement psychosocial du travail		✓	✓
Facteurs de risque reliés à l'environnement de travail			✓
Couverture des frais de santé	✓	✓	✓
Spiritualité	✓		✓

1.2 ANALYSE

Basés sur les recommandations des groupes d'analyse, les tableaux de résultats ont été distribués aux responsables des régies régionales afin que ceux-ci produisent des rapports de résultats régionaux de l'enquête.

Les analyses proposées dans le présent rapport sont essentiellement descriptives. Cette orientation a été retenue pour rendre les résultats accessibles le plus rapidement possible aux planificateurs, décideurs et chercheurs. Aux fins de la présente analyse, **les données ne sont pas standardisées selon le sexe et l'âge. Il se peut donc, dans certains cas, que les différences observées soient dûes en grande partie à l'effet de la structure d'âge**. Par ailleurs, les données ont été pondérées pour tenir compte de la complexité du plan d'échantillonnage; elles sont donc représentatives de la population.

Dans la majorité des enquêtes statistiques, les estimations produites sont entachées d'erreurs dites d'échantillonnage, c'est-à-dire celles dues au fait que seulement une partie de la population visée soit sous enquête. Le coefficient de variation (CV) permet de mesurer la précision relative d'une estimation. Il sera présenté lorsque l'estimation souffrira d'une faible précision :

- ✓ **les estimations dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (*) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence;**
- ✓ **les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et indiquer qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont fournies qu'à titre indicatif.**

1.3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les proportions et les moyennes présentées ont été arrondies à l'unité quand elles sont mentionnées dans le texte et à une décimale dans les tableaux, à l'exception des proportions inférieures à 5% pour lesquelles une décimale a été conservée. **En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %.**

En général, seuls les résultats significatifs au seuil de 5% sont mentionnés dans le texte. Dans certains cas exceptionnels, des résultats non significatifs peuvent être signalés s'ils présentent un intérêt particulier en matière de santé.

La présentation des résultats par graphiques a été privilégiée. Il est à souligner que les fréquences générales sont présentées d'une part en comparaison avec l'ensemble du Québec et d'autre part en présentant l'évolution dans le temps. Ensuite, suit la ventilation des résultats par groupe d'âge et par sexe. Lorsqu'il y a des différences statistiquement significatives entre la région et le Québec, les graphiques par âge et ceux par sexe comportent aussi les résultats observés pour l'ensemble du Québec. Le terme

« similaire » est utilisé lorsque la différence entre les proportions de la région des Laurentides et celles du Québec ne sont pas statistiquement significatives.

1.4 PORTÉE ET LIMITES DE L'ENQUÊTE

Malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données et des tests ainsi que pour minimiser les biais, il est impossible, comme pour toutes les enquêtes populationnelles, de garantir l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Les personnes interrogées peuvent être influencées, entre autres, par le phénomène de désirabilité sociale, ou encore, par la difficulté de se souvenir des choses passées ou d'évaluer le temps écoulé depuis un événement.

Par ailleurs, une enquête transversale comme l'Enquête sociale et de santé 1998 permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des sous-groupes de la population ou avec des enquêtes similaires passées. **Cependant, ce genre d'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées.**

Il est également à noter que les analyses présentées dans ce rapport s'appuient essentiellement sur des méthodes d'analyse bivariée. La prudence est donc de mise dans l'interprétation de certains résultats pour lesquels le contrôle de certains facteurs confondants aurait été nécessaire et rendu possible par le recours à la standardisation ou à l'analyse multivariée.

Il faut aussi noter que la présente enquête fait abstraction d'une portion de la population québécoise, celle vivant dans des logements collectifs, notamment dans les établissements de santé. Comme ces personnes présentent généralement un bilan plus lourd sur le plan sociosanitaire, il faut se garder de leur appliquer les résultats obtenus ici.

Rappelons enfin que l'Enquête sociale et de santé 1998 s'inscrit dans une série d'enquêtes québécoises à caractère sociosanitaire où le souci de produire des données de qualité utiles aux différents intervenants du domaine de la santé et celui de conserver dans la mesure du possible la meilleure comparabilité des résultats à travers les années ont été de véritables leitmotive.

CHAPITRE 2

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS

Les habitudes de vie et les comportements préventifs ont un lien important avec la santé. De fait, de mauvaises habitudes de vie conduisent souvent à une dégradation de l'état de santé. Afin de décrire ces déterminants de la santé, l'enquête fournit de l'information sur certains indicateurs tels que : l'usage de tabac, la consommation d'alcool et de drogues, l'alimentation, l'activité physique, le poids corporel, les comportements sexuels et l'utilisation du condom ainsi que divers comportements de santé propres aux femmes.

2.1 USAGE DU TABAC

Contexte

Les effets du tabagisme sur la santé ne sont plus à démontrer. Ils sont responsables de dizaines de milliers de décès au Québec annuellement. Outre les maladies cardiovasculaires et certains cancers, l'usage du tabac est aussi associé, entre autres, aux maladies respiratoires, à l'ostéoporose et à des effets délétères sur le fœtus. La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) est aussi un défi de taille pour la santé publique. Elle est un facteur de risque du cancer du poumon et de maladies cardiovasculaires chez les non-fumeurs. Elle est aussi associée à diverses maladies respiratoires et troubles connexes chez les nourrissons et les jeunes enfants. En plus de reprendre les indicateurs de l'usage du tabac des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, l'enquête de 1998 fournit des informations sur l'exposition à la FTE.

Usage de la cigarette

Présentation de l'indicateur utilisé

Afin de caractériser l'usage de la cigarette dans la population, un indicateur a été élaboré à partir de questions traitant du statut et des habitudes tabagiques des participants (âgés de 15 ans et plus seulement).

L'indicateur présente quatre catégories :

- ✓ les fumeurs réguliers qui fument tous les jours;
- ✓ les fumeurs occasionnels qui fument moins souvent que tous les jours;
- ✓ les anciens fumeurs qui déclarent avoir fumé dans le passé mais ne plus fumer au moment de l'enquête;
- ✓ les personnes qui n'ont jamais fumé au cours de leur vie.

Résultats

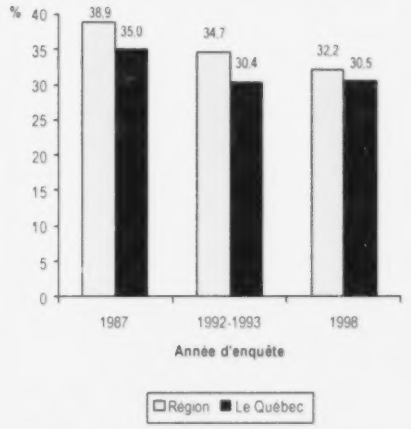
En 1998, dans la région des Laurentides et au Québec, une personne sur trois fume la cigarette régulièrement. **Il semble que la proportion de fumeurs réguliers se soit stabilisée car la différence entre les données de 1992-1993 et celles de 1998 n'est plus significative.**

Alors que les hommes et les femmes fument dans des proportions semblables, on compte davantage de fumeurs réguliers chez les personnes âgées de 25 à 44 ans (37 %). Suivent les jeunes de 15 à 24 ans chez lesquels on dénombre 32 % de fumeurs réguliers. La plus faible proportion de fumeurs réguliers se retrouve chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Dans la région, comme au Québec, environ 83 % des fumeurs réguliers consomment plus de 10 cigarettes par jour, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

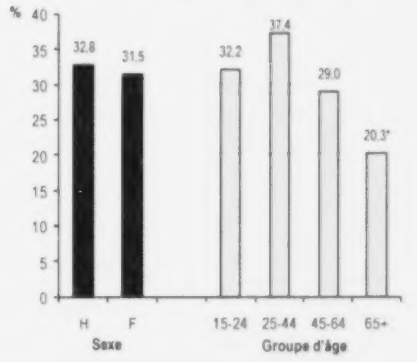
Chez les fumeurs réguliers âgés de 15 à 24 ans, plus de la moitié a commencé à fumer tous les jours avant l'âge de 16 ans.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare être fumeur régulier - Région des Laurentides et le Québec (1987, 1992-1993, 1998)



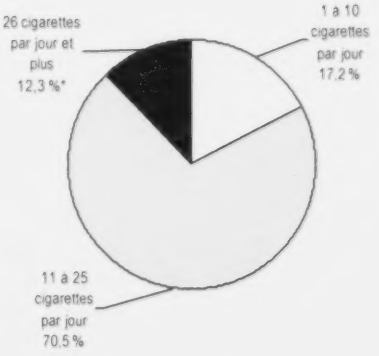
Source: Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui déclare être fumeur régulier, selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de fumeurs réguliers âgés de 15 ans et plus selon le nombre de cigarettes fumées par jour Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

Présentation de l'indicateur utilisé

Ce nouveau volet inclus dans l'enquête ne prétend pas mesurer le niveau de l'exposition réelle, mais présente plutôt la perception des participants à la fumée de tabac dans leur environnement (FTE).

Par ailleurs, ce volet de l'enquête comporte un taux élevé de non-réponse qui entraîne un biais dont le sens est difficile à préciser. Toutefois, on peut penser que si ces non-répondants sont des personnes non-fumeuses vivant seules, ce volet de l'enquête surestimerait la proportion de gens qui sont exposés chaque jour ou presque à la maison.

Il est à souligner que les lieux d'exposition ne sont pas mutuellement exclusifs. En effet, pour certaines personnes, la maison est aussi le lieu principal d'activités (travailleurs à la maison, personnes retraitées, etc). Par ailleurs, les résultats ne concernent que les personnes âgées de 15 ans et plus.

Résultats

Dans les Laurentides, proportionnellement plus de personnes seraient exposées chaque jour ou presque à la FTE qu'au Québec, tous lieux d'exposition confondus. Plus du tiers de la population régionale se dit exposée chaque jour ou presque à la FTE à la maison, alors que plus de la moitié le serait dans le lieu principal d'activités.

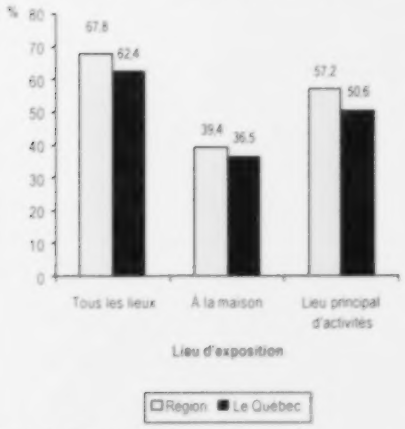
Les hommes se disent plus exposés que les femmes à la FTE dans le lieu principal d'activités. **Par ailleurs, les femmes de la région des Laurentides se disent davantage exposées à la FTE dans le lieu principal d'activités que celles du Québec.**

L'exposition quotidienne ou quasi-quotidienne à la FTE diminue avec l'âge des personnes. Ainsi, les jeunes de 15 à 24 ans sont exposés dans des proportions plus grandes que les personnes des autres groupes d'âge.

Exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac

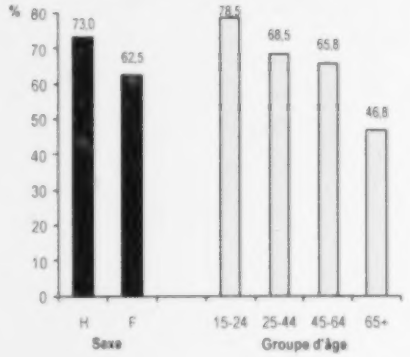
Les données qui précèdent concernent la population en général (fumeurs et non fumeurs). En ce qui a trait spécifiquement aux non-fumeurs, les résultats indiquent que près d'un non-fumeur sur cinq se dit exposé à la FTE à la maison et un peu moins de la moitié dans le lieu principal d'activités. **La proportion de non-fumeurs de la région exposés à la FTE tous lieux confondus est plus élevée que celle du Québec.** L'examen des données révèle que c'est l'exposition à la FTE dans leur lieu principal d'activités qui contribue le plus à cette différence.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus exposée chaque jour ou presque à la FTE, selon le lieu d'exposition Région des Laurentides et le Québec (1998)



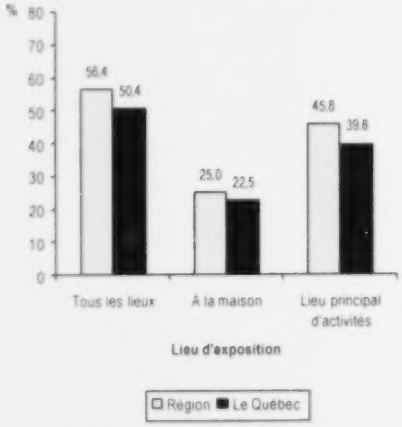
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus exposée chaque jour ou presque à la FTE, selon le sexe et le groupe d'âge Région des Laurentides (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion des non-fumeurs âgés de 15 ans et plus exposés chaque jour ou presque à la FTE, selon le lieu d'exposition - Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

2.2 CONSOMMATION D'ALCOOL

Contexte

La consommation d'alcool est associée à un risque accru d'accidents et de traumatismes, plus particulièrement d'accidents routiers. Il est aussi reconnu que l'usage abusif d'alcool peut conduire à certains problèmes comportementaux ou sociaux tels la violence familiale ou la négligence de même qu'il est associé à certains problèmes de santé (ex. : cirrhose). Dans le prolongement des enquêtes précédentes, la présente enquête vise à documenter le comportement général de la population en matière de consommation d'alcool. Comme il existe généralement une sous-déclaration de la quantité d'alcool consommée, seuls les résultats concernant le type de buveur sans égard à la quantité sera abordé dans cette section.

Type de buveurs

Présentation de l'indicateur utilisé

Les répondants de 15 ans et plus étaient invités à indiquer s'ils avaient déjà consommé de l'alcool, et si oui, s'ils l'avaient fait au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Ces réponses ont servi à la définition des trois types de buveurs considérés dans l'enquête :

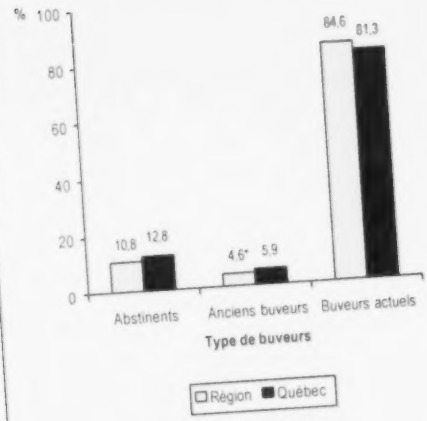
- ✓ les « abstinents » sont les personnes n'ayant jamais consommé d'alcool de leur vie;
- ✓ les « anciens buveurs » sont ceux qui n'ont pas consommé d'alcool au cours de l'année ayant précédé l'enquête, mais qui en ont déjà consommé;
- ✓ les « buveurs actuels » sont ceux qui ont consommé de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière au cours de l'année ayant précédé l'enquête.

Résultats

En 1998, dans la région des Laurentides, environ 85 % de la population âgée de 15 ans et plus déclarait avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête. **Toutes proportions gardées, c'est un peu plus qu'au Québec, mais similaire à ce que c'était en 1992-1993.**

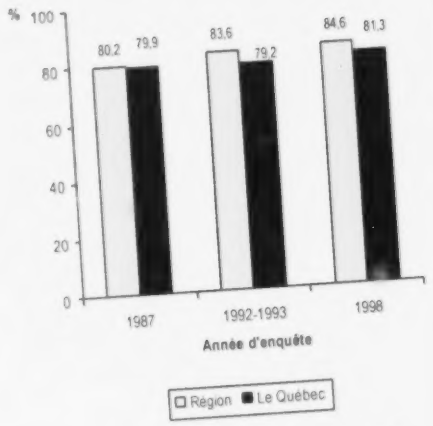
La proportion de «buveurs actuels» varie en fonction du sexe et du groupe d'âge. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer de l'alcool que les femmes. **Il est à souligner que la proportion de « buveurs actuels » chez les femmes de la région est plus élevée qu'au Québec.** Par ailleurs, la proportion de « buveurs actuels » est plus faible chez les personnes âgées de 65 ans et plus que dans les autres groupes d'âge.

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon le type de buveurs d'alcool
Région des Laurentides et le Québec (1998)



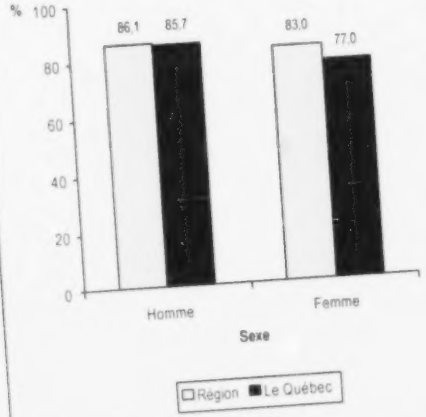
* *estimation imprécise: à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus dans la catégorie buveurs actuels
Région des Laurentides et le Québec (1987, 1992-1993, 1998)



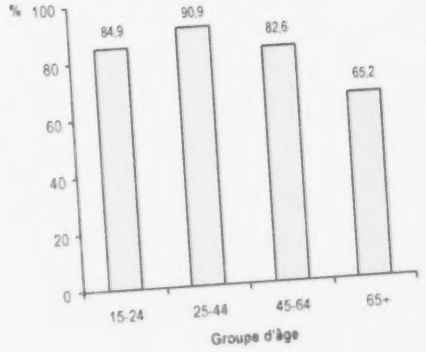
Source: Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus dans la catégorie buveurs actuels selon le sexe
Région des Laurentides et le Québec(1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus dans la catégorie buveurs actuels selon le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

2.3 CONSOMMATION DE DROGUES

Contexte

La consommation de drogues (marijuana, haschich, cocaïne, amphétamines, héroïne, hallucinogènes et tranquillisants pris sans ordonnance) est associée à divers problèmes sociaux et de santé qui varient selon le type, la quantité et le mode d'absorption de la substance mise en cause. Comme il existe une sous-estimation des taux réels en matière de consommation de drogues, seul le type de consommateurs sera présenté, et ce, à titre indicatif seulement.

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, les participants étaient invités à indiquer s'ils avaient déjà consommé des drogues. Dans l'affirmative, ils devaient indiquer s'ils l'avaient fait au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Ces réponses ont servi à la définition de trois types de consommateurs:

- ✓ les « abstinents » sont ceux n'ayant jamais consommé de drogues de leur vie;
- ✓ les « anciens consommateurs » sont ceux qui n'ont pas consommé de drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête, mais qui en ont déjà consommé;
- ✓ les « consommateurs actuels » sont ceux qui ont consommé des drogues au cours de l'année ayant précédé l'enquête, peu importe la quantité ou la fréquence.

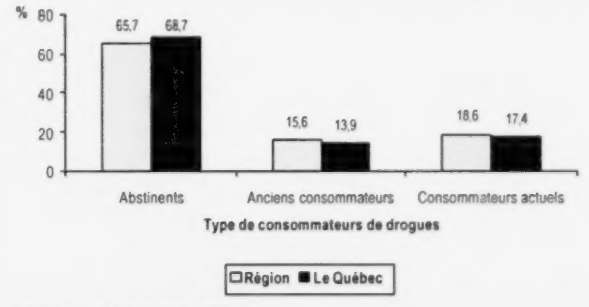
Résultats

Comme au Québec, les deux tiers de la population âgée de 15 ans et plus affirment n'avoir jamais consommé de drogue de leur vie, près de 16 % en ont déjà fait usage dans le passé et environ 19 % en ont consommé au cours de l'année ayant précédé l'enquête.

Il est à noter que les proportions selon le sexe et le groupe d'âge ne sont pas présentées en raison de leur imprécision statistique.

Des modifications au questionnaire empêchaient une comparaison directe avec les résultats observés en 1987 et en 1992-1993.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus selon le type de consommateurs de drogues - Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

2.4 ALIMENTATION : PERCEPTION, PRATIQUES ET INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Contexte

L'alimentation est liée à la morbidité et à l'espérance de vie des populations ; les bonnes habitudes alimentaires jouent un rôle important dans le maintien d'une bonne santé. La qualité de l'alimentation est souvent évaluée par l'apport nutritionnel, c'est-à-dire le type et la quantité d'aliments consommés. Les recherches qui portent sur les facteurs influençant la qualité de l'alimentation aident à comprendre ce qui guide les choix individuels et contribuent, par le fait même, à la planification de programmes d'éducation et de promotion de la santé adaptés à la réalité quotidienne. En incluant ce nouveau thème, l'enquête apporte de l'information de base en matière de nutrition. Bien que l'enquête renferme des questions sur le type de repas consommés et l'insécurité alimentaire, la présente section n'aborde que la perception des habitudes alimentaires. La faible occurrence de l'insécurité alimentaire jumelée à la faible taille de l'échantillon limitent en effet l'interprétation des résultats au niveau régional.

Perception de la qualité des habitudes alimentaires

Présentation de l'indicateur utilisé

Selon les chercheurs en nutrition, la perception des habitudes alimentaires permet une bonne appréciation de la qualité de l'alimentation dans une population.

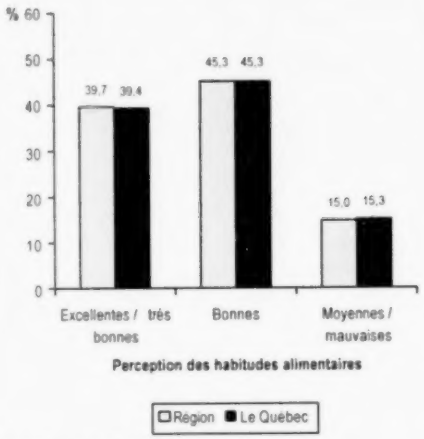
L'indicateur est développé au moyen d'une seule question qui demande au répondant de qualifier ses habitudes alimentaires en comparaison avec les personnes du même groupe d'âge. L'indicateur de la qualité des habitudes alimentaires présente cinq catégories : mauvaise, moyenne, bonne, très bonne et excellente.

Résultats

Dans les Laurentides comme au Québec, 39 % de la population de 15 ans et plus qualifie ses habitudes alimentaires de très bonnes ou d'excellentes, 45 % de bonnes, alors que 15 % de la population les qualifie de moyennes ou mauvaises.

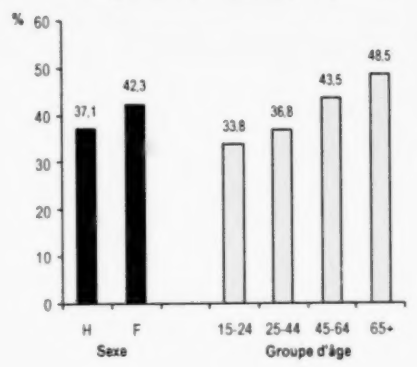
Les femmes qualifient leurs habitudes alimentaires de très bonnes ou d'excellentes plus souvent que les hommes. **Par ailleurs, plus les gens avancent en âge, plus ils qualifient leurs habitudes alimentaires de très bonnes ou d'excellentes.**

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon la perception des habitudes alimentaires Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui perçoit ses habitudes alimentaires comme étant très bonnes / excellentes, selon le sexe et le groupe d'âge Région des Laurentides (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

2.5 ACTIVITÉ PHYSIQUE

Contexte

L'activité physique est depuis longtemps identifiée comme un facteur important du maintien, de l'amélioration ou du recouvrement de la santé. Cette section décrit la fréquence et l'intention de pratiquer régulièrement de l'activité physique de loisir (sport, danse, marche, etc.), de même que de l'activité physique liée au travail (transporter de lourdes charges, soulever des patients, travailler debout, etc.).

La pratique d'activité physique de loisir

Présentation de l'indicateur utilisé

Les effets de l'activité physique de loisir sur la santé peuvent varier selon l'intensité. Par exemple, une intensité faible (sédentarité) résultera souvent en un gain de poids.

De fait, il est recommandé de pratiquer trois séances (d'une durée de 20 à 30 minutes chacune) d'activités physiques par semaine afin de favoriser un meilleur état de santé.

L'indicateur couvre les trois mois ayant précédé l'enquête et il présente trois catégories selon la fréquence de la pratique d'activité : peu (3 fois par mois ou moins), moyenne (1 à 2 fois par semaine) et fréquemment (3 fois par semaine ou plus).

Il est à noter que l'indicateur proposé par l'enquête sous-estime probablement le nombre de personnes pratiquant une activité physique de loisir de faible intensité. Ainsi, les résultats présentent moins de personnes sédentaires qu'en réalité.

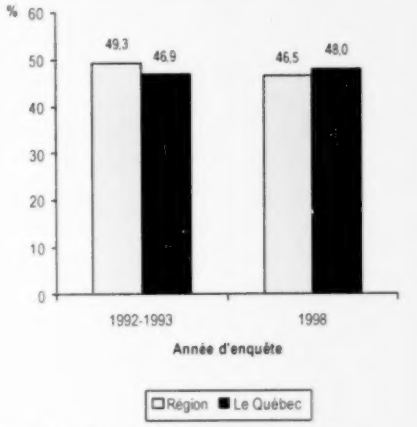
Résultats

Comme au Québec, près de la moitié de la population régionale âgée de 15 ans et plus pratique peu l'activité physique de loisir et un peu plus du quart de la population la pratique fréquemment. Cette répartition est similaire à celle observée lors de l'enquête de 1992-1993.

La fréquence de la pratique de l'activité physique de loisir ne semble pas différente selon le sexe. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 24 ans semblent pratiquer plus souvent l'activité physique que les personnes des autres groupes d'âge.

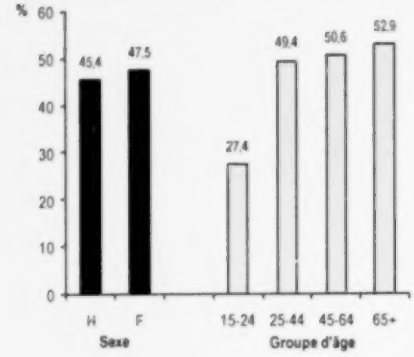
Parmi les activités pratiquées au moins une fois au cours des 12 derniers mois, les plus fréquentes sont la marche, la baignade, le jardinage et la randonnée à vélo.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus pratiquant peu l'activité physique de loisir Région des Laurentides et le Québec (1992-1993, 1998)



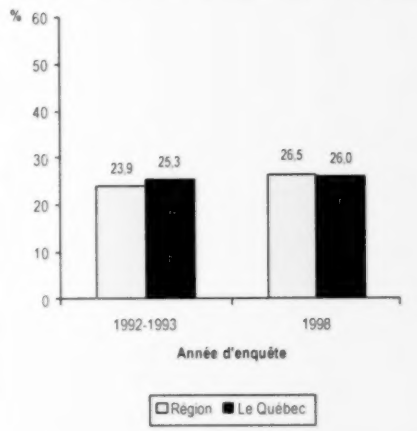
Source : Enquêtes sociales et de santé, 1992-1993, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus pratiquant peu l'activité physique de loisir selon le sexe et le groupe d'âge -Région des Laurentides (1998)



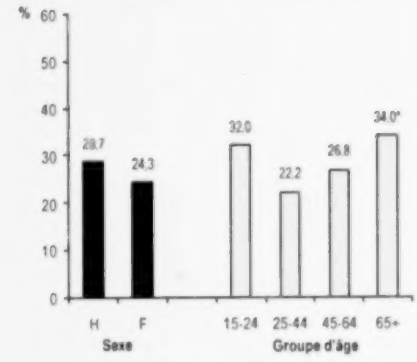
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus pratiquant fréquemment l'activité physique de loisir Région des Laurentides et le Québec (1992-1993, 1998)



Source : Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus pratiquant fréquemment l'activité physique de loisir, selon le sexe et le groupe d'âge Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Niveau d'exigences physiques liées au travail

Présentation de l'indicateur utilisé

L'activité physique liée au travail est définie selon quatre niveaux :

- ✓ le niveau 1 fait référence à un travail habituellement assis;
- ✓ le niveau 2 est associé aux personnes qui travaillent surtout debout mais qui n'ont pas de charge à soulever;
- ✓ le niveau 3 désigne les personnes qui soulèvent ou transportent habituellement des charges légères, ou qui doivent souvent monter des escaliers;
- ✓ le niveau 4 fait référence à un travail physiquement exigeant ou à un transport de charges lourdes.

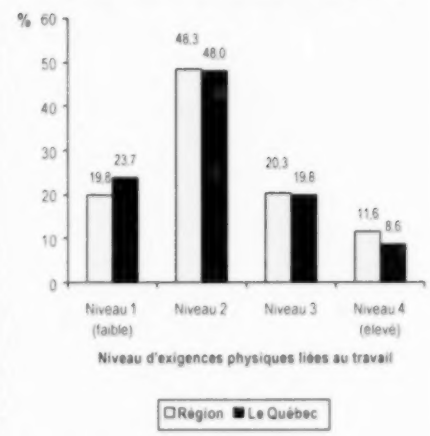
Résultats

Dans les Laurentides, la proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui rapporte avoir un travail exigeant physiquement (niveau 4) est plus élevée que celle du Québec.

Aussi, la proportion de la population régionale dont le niveau d'exigences physiques liées au travail se situe au niveau 1 est moindre qu'au Québec.

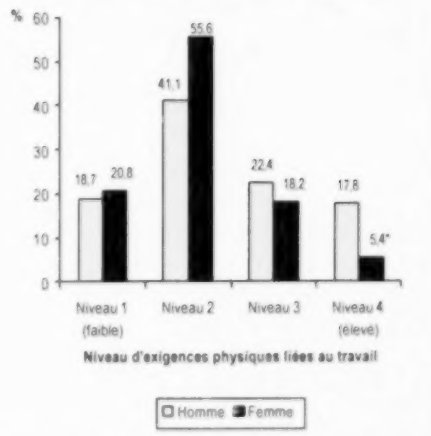
Plus d'hommes que de femmes rapportent occuper un travail présentant un niveau élevé d'exigences physiques. Par contre on retrouve une proportion plus élevée de femmes dans le niveau 2.

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon le niveau d'exigences physiques liées au travail - Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon le niveau d'exigences physiques liées au travail, par sexe - Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

2.6 POIDS CORPOREL

Contexte

Plusieurs études ont démontré l'impact de l'excès de poids sur le risque de développer une maladie cardiovasculaire, le diabète ou certains types de cancer. De plus, certains problèmes de santé sont associés à la perte de poids, à l'adoption de régimes amaigrissants non appropriés et à l'insuffisance de poids. Comme lors des enquêtes précédentes, l'enquête 1998 fournit de l'information sur l'indice de masse corporelle, mais en plus, le désir de changer de poids y est abordé.

Indice de masse corporelle

Présentation de l'indicateur utilisé

L'indice de masse corporelle (IMC), élaboré à partir de la taille et du poids déclarés par les répondants, détermine si le poids d'une personne correspond adéquatement à sa grandeur. Son calcul est en fait le rapport entre le poids (en kilogrammes) et le carré de la taille d'un individu (en mètres). Il est présenté en trois catégories : « poids insuffisant », « poids santé » et « excès de poids ».

À titre d'exemple, pour être classé dans la catégorie « poids santé », un homme dont la taille est de 178cm (5pi. 10po.) devrait peser entre 63 et 82 kilos (140 et 182 lbs); si son poids est supérieur à ces valeurs, il sera classé dans la catégorie « excès de poids », alors que si son poids est inférieur, il sera classé dans la catégorie « poids insuffisant ». De la même façon, le « poids santé » d'une femme de 165cm (5 pi. 5 po.) se situe entre 54 et 71 kilos (120 et 157 lbs).

Par ailleurs, l'IMC ne permet pas de distinguer les personnes qui font de l'embonpoint des personnes à forte musculature et des athlètes qui pratiquent des sports d'endurance. Ainsi, on peut s'attendre à retrouver des personnes de forte musculature, surtout des hommes, dans la catégorie « excès de poids ».

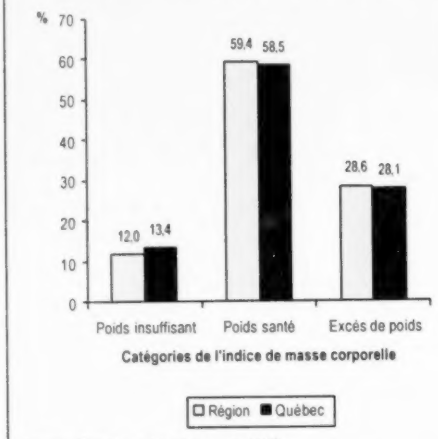
Résultats

Comme au Québec, environ 59 % de la population régionale âgée de 15 ans et plus se classe dans la catégorie «poids santé », 12 % dans la catégorie «poids insuffisant » et 29 % dans la catégorie « excès de poids». **La proportion de personnes se classant dans la catégorie « excès de poids » semble augmenter depuis 1987.**

La proportion de femmes se classant dans la catégorie «poids insuffisant » est presque deux fois plus élevée que celle des hommes. À l'inverse, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se retrouver dans la catégorie « excès de poids ».

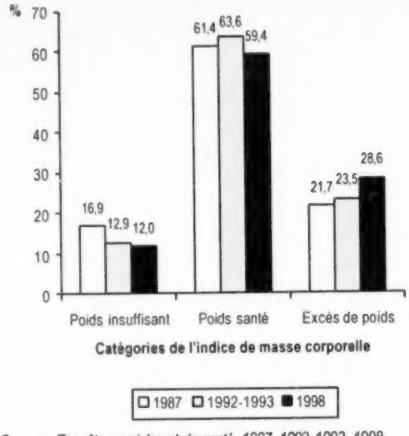
L'indice de masse corporelle est aussi associé à l'âge. Ainsi, la proportion de personnes dans la catégorie « poids insuffisant » est plus élevée chez les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes âgées, alors que la proportion de personnes dans la catégorie « excès de poids » est plus élevée chez les 45 à 64 ans.

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon l'indice de masse corporelle (IMC) Région des Laurentides et le Québec (1998)



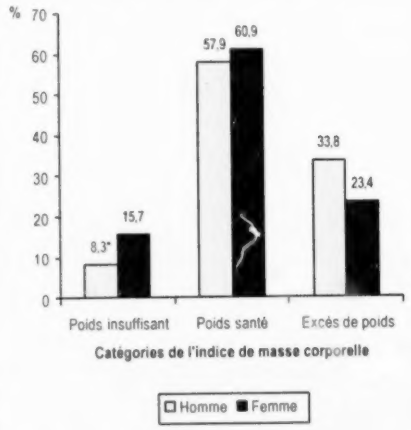
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon l'indice de masse corporelle (IMC) Région des Laurentides (1987, 1992-1993, 1998)



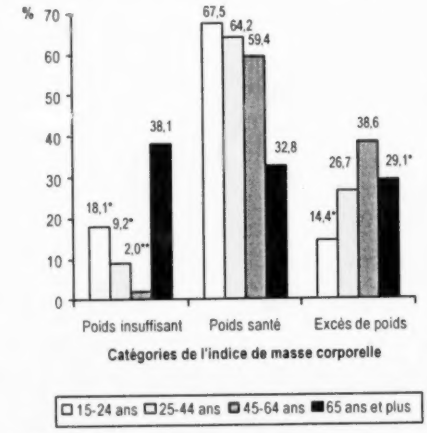
Source: Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus selon l'indice de masse corporelle (IMC), par sexe- Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise: à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus selon l'indice de masse corporelle (IMC), par groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
*** estimation très imprécise: fournie à titre indicatif*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Désir de changer de poids

Présentation de l'indicateur utilisé

Dans certains cas, les motifs invoqués pour souhaiter une perte ou un gain de poids corporel peuvent être associés au désir d'améliorer sa santé. Dans d'autres cas, les critères esthétiques l'emportent sur les questions de santé.

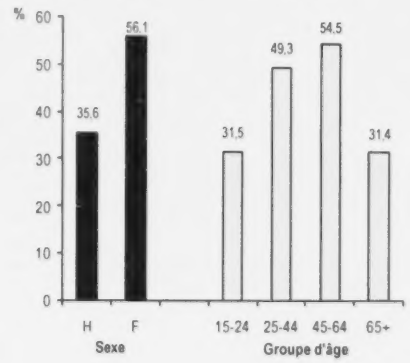
Lors de l'enquête, les participants, âgés de 15 ans et plus, devaient indiquer les raisons pour lesquelles ils souhaitaient changer de poids parmi une liste de raisons telles que : meilleure santé, traiter un problème d'hypertension, traiter un problème de cholestérol, traiter un problème de diabète et améliorer l'apparence.

Résultats

Tant dans les Laurentides qu'au Québec, une personne sur deux déclare être satisfaite de son poids et désire le maintenir, plus de 45 % désirent maigrir et une minorité de personnes souhaitent engraisser. Ce sont surtout les femmes qui désirent maigrir. La proportion des personnes qui souhaitent maigrir augmente avec l'âge jusqu'à 64 ans et diminue par la suite.

Parmi les raisons invoquées pour changer de poids, on retrouve en grande majorité la volonté d'améliorer son apparence ou d'être en meilleure santé. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vouloir maigrir pour améliorer leur apparence alors que ces derniers seraient plus nombreux à le vouloir pour améliorer leur santé.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui désire maigrir, selon le sexe et le groupe d'âge
Région des Laurentides (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

2.7 COMPORTEMENTS SEXUELS ET UTILISATION DU CONDOM

Contexte

L'enquête a innové en incluant, pour la première fois, des questions qui examinent certains aspects des comportements sexuels tels que l'âge à la première relation sexuelle, le nombre et le type de partenaires, l'utilisation du condom et le fait d'avoir été traité pour une maladie transmissible sexuellement (MTS). Étant donné la faible taille de l'échantillon régional, les analyses présentées ici ne portent que sur le nombre de partenaires sexuels.

Comportements sexuels : nombre de partenaires sexuels

Présentation de l'indicateur utilisé

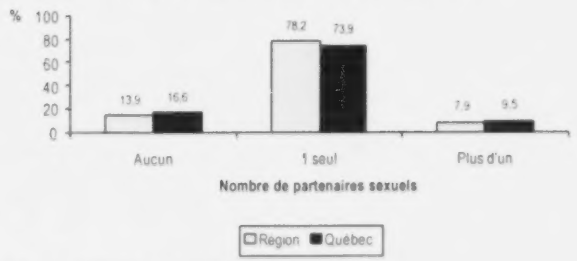
Il est connu que le nombre de partenaires sexuels est associé au risque de transmission de MTS et du virus de l'immunodéficience acquise (VIH) dans la population.

Les résultats proviennent des déclarations des répondants âgés de 15 ans et plus. Ils ne portent que sur les personnes dites hétérosexuelles, c'est-à-dire qui ont répondu avoir toujours eu des relations sexuelles (avec pénétration) avec une personne de l'autre sexe, soit 98 % des répondants des Laurentides.

Résultats

Parmi les personnes hétérosexuelles des Laurentides, 14 % n'ont eu aucun partenaire sexuel durant les 12 mois ayant précédé l'enquête, 78 % en ont eu un seul et 8 % en ont eu plus d'un. En comparaison avec les femmes, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu plus d'une partenaire sexuelle. Aussi, la proportion des hétérosexuels ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête est plus élevée chez les 15 à 44 ans que chez les autres groupes d'âge.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus hétérosexuelle selon le nombre de partenaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête
Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

2.8 COMPORTEMENTS DE SANTÉ PROPRES AUX FEMMES

Contexte

Les comportements de santé propres aux femmes qui font l'objet de cette section visent essentiellement le dépistage du cancer du sein (examen des seins, mammographie) et celui du cancer du col de l'utérus (test de PAP). Cette section aborde aussi l'utilisation des médicaments à teneur hormonale, c'est-à-dire les contraceptifs oraux et l'hormonothérapie de remplacement lors de la ménopause.

Comportements préventifs en regard du cancer du sein

Présentation de l'indicateur utilisé

L'incidence du cancer du sein chez les femmes au Québec a augmenté au cours des dix dernières années et on estime qu'une femme sur neuf en sera atteinte au cours de sa vie. Par ailleurs, la mortalité par cancer du sein a légèrement diminué depuis 1985.

Il est suggéré aux femmes d'adopter des comportements préventifs comme, par exemple, l'auto-examen des seins (AES) ou l'examen clinique des seins (ECS) fait par un professionnel de la santé. De plus, un programme de dépistage du cancer du sein, mis sur pied par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux en 1996, invite les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage aux 2 ans.

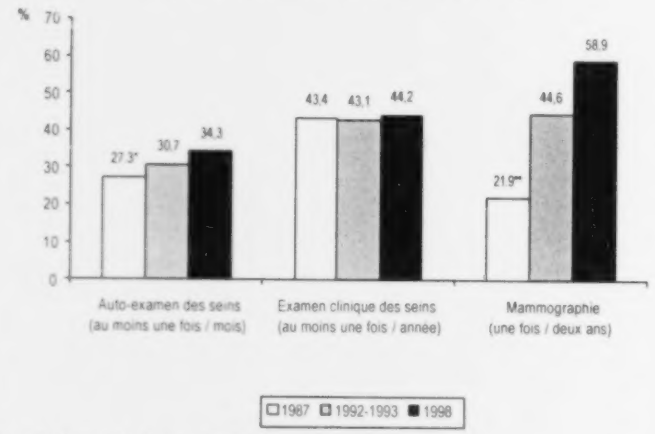
Les résultats présentés concernent les femmes âgées de 50 ans et plus. Il est à noter que c'est dans ce groupe d'âge que l'incidence de cancer du sein est la plus élevée.

Résultats

En 1998, la proportion des femmes de 50 ans et plus des Laurentides qui ont adopté un comportement préventif en regard du cancer du sein est similaire à celle du Québec. Ainsi, 34 % des femmes pratiquent l'AES au moins une fois par mois (fréquence recommandée), 44 % ont passé un ECS moins de 12 mois avant l'enquête, et 60 % déclarent avoir passé une mammographie dans les 2 ans ayant précédé l'enquête.

Dans les Laurentides, la proportion des femmes ayant pratiqué l'AES au moins une fois par mois semble augmenter légèrement depuis 1987. La proportion des femmes ayant passé un ECS moins de 12 mois avant l'enquête est semblable à celle observée en 1987 et en 1992-1993. **On note une augmentation importante de la proportion des femmes ayant passé une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête.**

Proportion des femmes âgées de 50 ans et plus ayant adopté des comportements préventifs en regard du cancer du sein
Région des Laurentides (1987, 1992-1993, 1998)



** estimation imprécise: à interpréter avec prudence*
*** estimation très imprécise: fournie à titre indicatif*
Source: Enquêtes sociales et de santé: 1987, 1992-1993, 1998

Comportements préventifs en regard du cancer du col de l'utérus

Présentation de l'indicateur utilisé

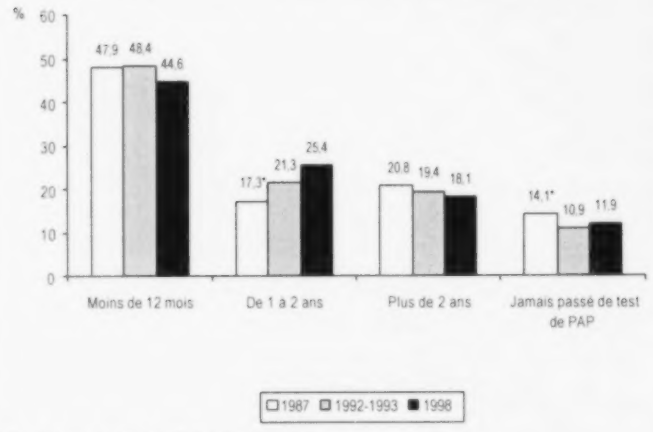
Le cancer du col de l'utérus est moins fréquent que le cancer du sein. De plus, le taux de nouveaux cas de cette maladie a diminué au cours des dix dernières années.

Il est recommandé aux femmes de passer un test de PAP (prélèvement cervical) afin de dépister le cancer du col de l'utérus. L'enquête permet de connaître le temps écoulé depuis le dernier test de PAP.

Résultats

Lors de l'enquête 1998, dans les Laurentides, 45 % des femmes âgées de 15 ans et plus ont dit avoir passé un test de PAP durant l'année ayant précédé l'enquête et 12 % ont déclaré n'en avoir jamais passé. Cette situation est similaire à celle observée en 1987 et en 1992-1993. Les résultats sont aussi similaires à ceux observés pour le Québec.

Proportion des femmes âgées de 15 ans et plus selon le temps écoulé depuis le dernier test de PAP - Région des Laurentides (1987, 1992-1993, 1998)



** estimation imprécise, à interpréter avec prudence*
Source : Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Consommation de médicaments à teneur hormonale

Présentation de l'indicateur utilisé

Les femmes sont de plus en plus susceptibles de consommer des hormones (contraceptifs oraux et hormonothérapie substitutive) durant de longues périodes au cours de leur vie.

Il est à noter que les femmes enceintes sont incluses dans les dénominateurs des résultats présentés, ce qui tend à sous-estimer la proportion de femmes sous hormonothérapie. Par ailleurs, les résultats concernent les femmes âgées de 15 ans et plus.

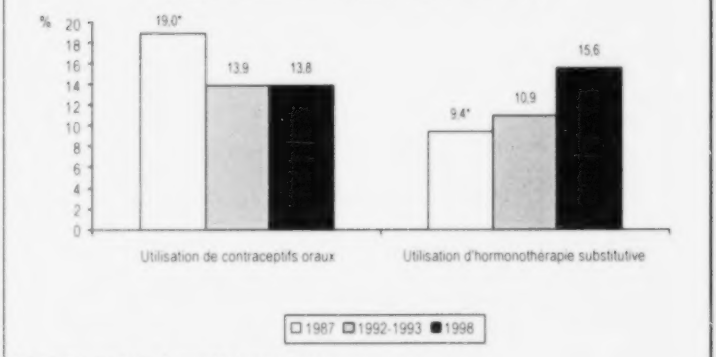
Résultats

Dans la région, chez les femmes âgées de 15 ans et plus, la consommation de médicaments à teneur hormonale est demeurée similaire à ce qu'elle était en 1992-1993. Lors de l'enquête 1998, environ 14 % des femmes ont dit utiliser des contraceptifs oraux et 16 %, des hormones pour prévenir ou traiter les symptômes liés à la ménopause (hormonothérapie substitutive ou HTS).

Parmi les femmes en âge de procréer (celles de 15 à 44 ans), 22 % ont recours aux contraceptifs oraux. La proportion chez les 15-24 ans est environ trois fois plus élevée que chez les 25-44 ans. Par ailleurs, dans la région, environ 36 % des femmes âgées de 45 à 64 ans consomment une HTS.

La proportion des femmes sous contraceptifs oraux ou sous HTS dans les Laurentides est semblable à celle notée dans l'ensemble du Québec.

Proportion des femmes âgées de 15 ans et plus selon l'utilisation de contraceptifs oraux et selon l'utilisation d'hormones
Région des Laurentides (1987, 1992-1993, 1998)



* *estimation imprécise, à interpréter avec prudence*
Source : Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

CHAPITRE 3

ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé est plus que l'absence de maladie, elle est un élément essentiel à l'exercice des activités quotidiennes ». Outre les indicateurs axés sur la maladie (problèmes de santé déclarés, limitations d'activités), l'enquête fournit des informations quant à la perception de l'état de santé physique et mentale.

3.1 PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Contexte

La perception de l'état de santé est associée aux problèmes de santé physique, à la capacité fonctionnelle, à la limitation d'activité ainsi qu'à l'état de santé mentale et sociale. Il existe également un lien entre cet indicateur et les habitudes de vie ou comportements individuels reliés à la santé.

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, les participants âgés de 15 ans et plus devaient qualifier leur état de santé en le comparant avec celui d'autres personnes ayant le même âge qu'eux. Cinq catégories leur étaient proposées: excellent, très bon, bon, moyen et mauvais.

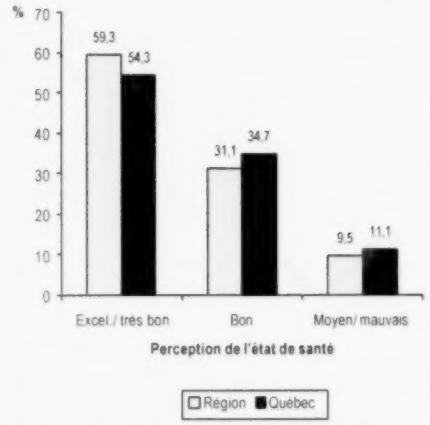
Résultats

Dans la région des Laurentides, 90 % des personnes évaluent leur état de santé de bon à excellent, environ 8% de la population s'estime en moyenne santé et 2% en mauvaise santé. **C'est proportionnellement un peu plus de personnes qu'au Québec qui perçoivent leur état de santé comme étant bon, très bon ou excellent.**

La perception de l'état de santé a subi des variations importantes entre 1987 et 1998. En effet, en 1992-1993, la proportion de personnes se percevant en très bonne ou excellente santé était inférieure à celle observée en 1987. En 1998 cette proportion s'est rapprochée de celle de 1987. Pour sa part, la proportion de personnes qualifiant leur santé de bonne avait augmenté en 1992-1993 pour ensuite se rapprocher, en 1998, de ce qu'elle était en 1987.

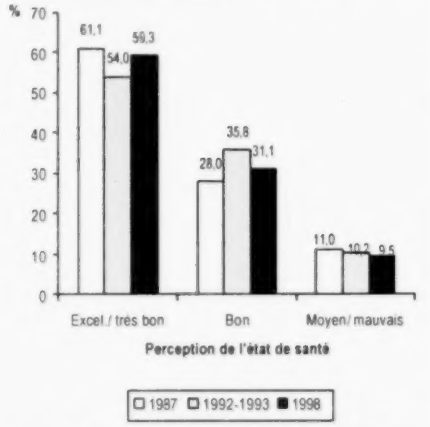
Alors que la perception de l'état de santé ne semble pas différer selon le sexe, elle varie en fonction de l'âge. De façon générale, la proportion des personnes qui considèrent leur état de santé excellent ou très bon diminue avec l'âge. C'est l'inverse pour la proportion des personnes qui se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé. Par ailleurs, toute proportion gardée, dans la région des Laurentides, les personnes âgées de 25 à 44 ans et les hommes sont plus nombreux qu'au Québec à percevoir leur état de santé comme étant excellent ou très bon.

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon la perception de l'état de santé
Région des Laurentides et le Québec (1998)



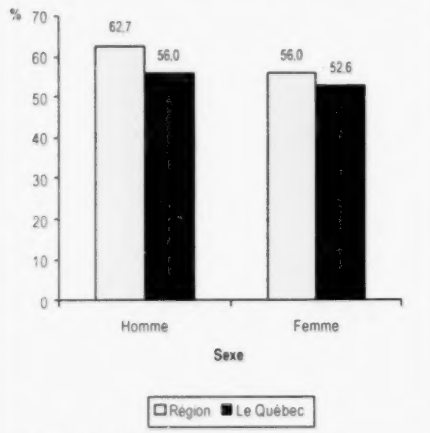
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon la perception de l'état de santé
Région des Laurentides (1987, 1992-1993, 1998)



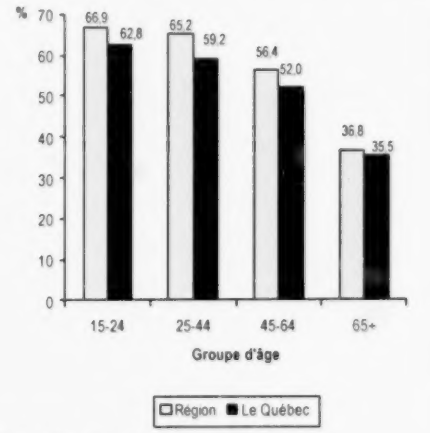
Source : Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qualifiant son état de santé d'excellent ou de très bon selon le sexe
Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qualifiant son état de santé d'excellent ou de très bon selon le groupe d'âge
Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

3.2 PROBLÈMES DE SANTÉ

Contexte

Cette section a pour but de présenter la morbidité subjective, c'est-à-dire déclarée par les participants. Elle aborde surtout le nombre de problèmes de santé et la durée de ceux-ci.

Nombre et durée des problèmes de santé déclarés

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, le participant devait indiquer, pour lui-même et chacun des membres de sa famille, les problèmes de santé (nature et durée) susceptibles d'être à l'origine d'une limitation d'activité, d'un recours aux services de santé ou d'être consécutif à un accident. Il faut souligner que cette façon de faire peut entraîner une sous-estimation de la fréquence de certains problèmes. Les problèmes de santé déclarés pouvaient être des maladies ou des affections, de courte ou de longue durée, ou simplement des symptômes. Ils ont été regroupés selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-9). Pour chaque personne, il a donc été possible de dériver deux indicateurs de morbidité : le nombre de problèmes de santé et la durée de ceux-ci.

Le nombre de problèmes de santé déclarés présente trois catégories soit: « aucun », « un » et « deux ou plus ». Pour sa part, la durée des problèmes de santé présente quatre catégories : « aucun problème », « des problèmes de courte durée », « un problème de longue durée » et «plus d'un problème de longue durée ».

Il est à noter qu'aux fins de l'enquête, un problème de santé d'une durée de 6 mois ou plus correspond à un problème de longue durée, indépendamment de la gravité du problème. À titre d'exemple, les problèmes de santé de longue durée peuvent être des allergies ou un cancer.

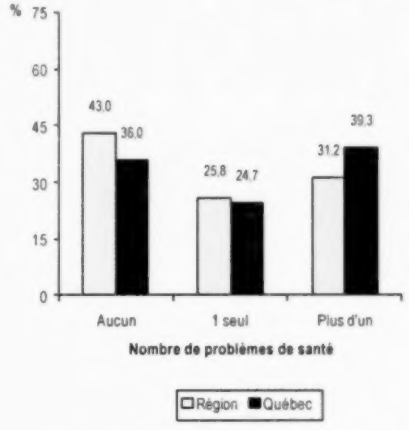
Résultats

Les données de l'enquête indiquent, pour la région des Laurentides, qu'environ 57 % de la population de tous âges a eu au moins un problème de santé. Plus de 25 % des personnes rapportent un seul problème de santé et plus de 30 % en rapportent plus d'un. **On note des différences importantes dans le nombre de problèmes de santé déclarés entre la région et le Québec. En effet, la proportion des personnes ayant déclaré plus d'un problème de santé est plus faible dans la région qu'au Québec, et ce, chez les deux sexes.**

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer plus d'un problème de santé. Par ailleurs, la proportion de la population ayant déclaré plus d'un problème de santé augmente avec l'âge. **Il est à noter que les personnes âgées de 25 à 64 ans de la région sont proportionnellement moins nombreuses qu'au Québec à avoir déclaré plus d'un problème de santé.** C'est aussi dans ce groupe d'âge que la proportion de personnes n'ayant déclaré aucun problème de santé est plus élevée qu'au Québec.

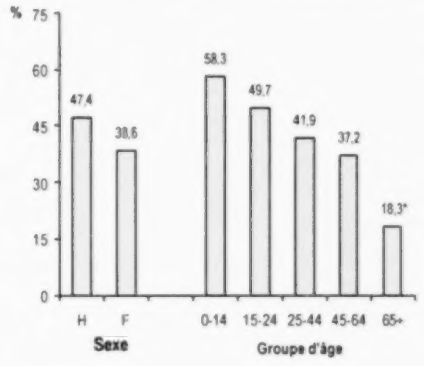
D'autre part, la proportion de la population régionale ayant déclaré avoir plus d'un problème de santé de longue durée est moins élevée qu'au Québec.

Répartition de la population de tous âges selon le nombre de problèmes de santé déclarés Région des Laurentides et le Québec (1998)



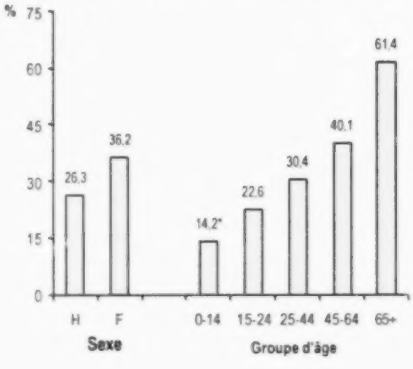
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population de tous âges n'ayant déclaré aucun problème de santé selon le sexe et le groupe d'âge- Région des Laurentides (1998)



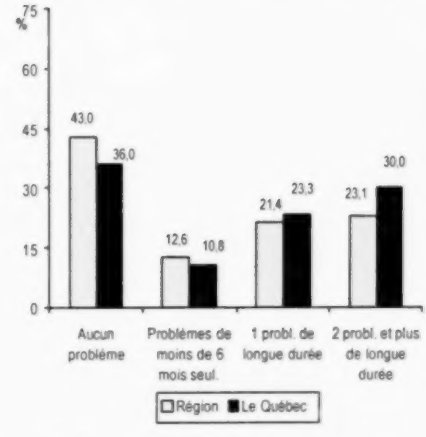
** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population de tous âges ayant déclaré plus d'un problème de santé selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides et le Québec (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Répartition de la population de tous âges selon la durée des problèmes de santé déclarés Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

3.3 PROBLÈMES AUDITIFS ET PROBLÈMES VISUELS

Contexte

Les problèmes auditifs et les problèmes visuels sont des problèmes de santé importants sur le plan des conséquences vécues par les personnes qui en sont atteintes. Ils entraînent une diminution d'autonomie, l'isolement social et une moins bonne perception de la santé. Cette section traite de leur fréquence dans la population.

Problèmes auditifs

Présentation de l'indicateur utilisé

La perte auditive est fréquente surtout chez les personnes âgées et les travailleurs exposés au bruit. Pour leur part, les acouphènes, une sensation auditive sans stimulation extérieure, se retrouvent plus fréquemment chez les personnes atteintes de surdité ou fortement exposées au bruit.

Lors de l'enquête, l'évaluation de l'état de l'audition s'est faite au moyen d'une seule question; le participant devait répondre pour lui-même et pour chacun des membres du ménage sur la capacité d'entendre et de comprendre la voix dans le silence sans prothèse auditive.

Pour ce qui est des acouphènes, chacun des participants devait indiquer s'il avait déjà entendu, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, des bourdonnements ou sifflements dans sa tête ou ses oreilles durant au moins 5 minutes.

Résultats

Tant dans la région qu'au Québec, chez les personnes âgées de 15 ans et plus, 5,6 % déclarent avoir de la difficulté à entendre : parmi ces dernières, près de 4 % ont une perte auditive légère, et autour de 2 % ont une perte modérée ou sévère.

Comme au Québec, environ 14 % de la population âgée de 15 ans et plus de la région déclare entendre des bourdonnements ou sifflements (acouphènes).

Parmi les personnes ayant des acouphènes, près du tiers mentionnent les avoir souvent ou toujours. Aussi, les trois quarts des personnes avec acouphènes disent que ceux-ci les dérangent peu ou pas du tout. Le tiers des personnes avec acouphènes disent avoir consulté un professionnel de la santé à ce sujet.

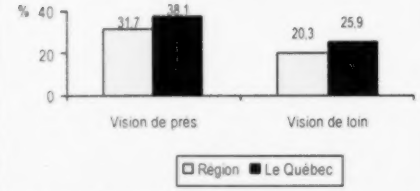
Problèmes visuels

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, les participants devaient indiquer pour eux-mêmes et les membres de leur ménage s'ils avaient des problèmes avec leur vision de près (presbytie) ou de loin (myopie).

Les résultats présentés concernent les personnes âgées de 7 ans et plus seulement, c'est-à-dire les personnes en âge de pouvoir lire.

Proportion de la population âgée de 7 ans et plus ayant déclaré des problèmes de vision
Région des Laurentides et le Québec (1998)



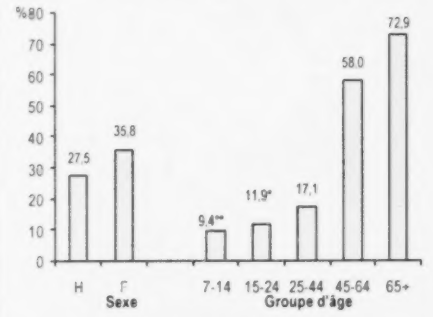
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Résultats

Dans la région, 32 % de la population âgée de sept ans et plus déclare avoir des troubles de la vision de près (presbytie) et 20 %, des troubles de la vision de loin (myopie). **Ces proportions sont inférieures à celles observées au Québec.**

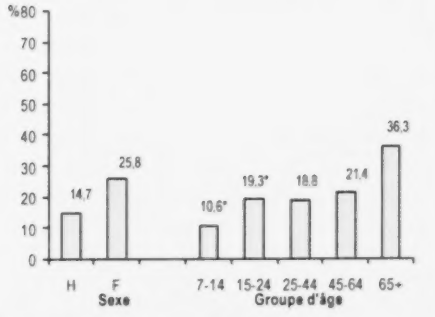
De plus, ces troubles de la vision varient en fonction de l'âge et du sexe. **Ainsi, la proportion de femmes ayant des problèmes de vision est plus élevée que celle des hommes et, d'autre part, la proportion de la population ayant de tels problèmes augmente avec l'âge.**

Proportion de la population âgée de 7 ans et plus ayant déclaré au moins un problème de vision de près selon le sexe et le groupe d'âge
Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise: à interpréter avec prudence*
*** estimation très imprécise : fournie à titre indicatif*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 7 ans et plus ayant déclaré au moins un problème de vision de loin selon le sexe et le groupe d'âge
Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*

Source: Enquête sociale et de santé, 1998

3.4 ACCIDENTS AVEC BLESSURES

Contexte

Les accidents avec blessures touchent les personnes de tous âges, mais surtout les personnes âgées en raison de leur vulnérabilité. Même s'ils ne sont pas fatals, les accidents avec blessures peuvent avoir des conséquences importantes sur la vie quotidienne des individus.

Présentation de l'indicateur utilisé

Les données fournies par cette enquête réfèrent aux blessures subies (au cours de l'année ayant précédé l'enquête) suite à un accident, qui sont assez graves pour entraîner soit une limitation d'activité, soit une consultation auprès d'un médecin. Ces informations sont déclarées par les participants.

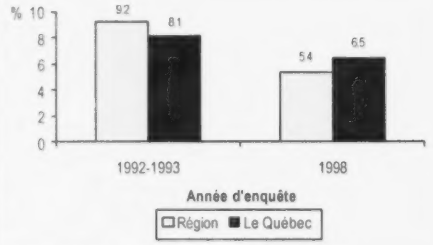
Résultats

En 1998, dans la région des Laurentides, comme au Québec, environ 5 % de la population a déclaré avoir subi des blessures suite à un accident. **C'est moins qu'en 1992-1993 où la proportion atteignait environ 9 %.**

Dans la région, les proportions semblent suivre le même profil qu'au Québec au point de vue de l'âge et du sexe. Ainsi, au Québec, la proportion de blessures accidentelles chez les hommes est plus élevée que chez les femmes, et cette proportion fluctue selon l'âge.

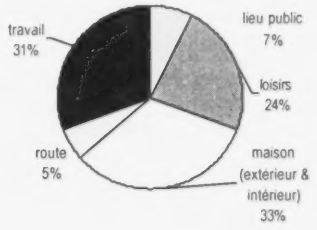
En 1998, dans la région, c'est à la maison et au travail que surviennent plus souvent les accidents. Il est à souligner que les accidents de la route et les accidents à l'intérieur de la maison ont diminué depuis 1992-1993.

Proportion de la population ayant déclaré avoir subi (au cours de l'année précédant l'enquête), suite à un accident, des blessures assez graves pour entraîner une limitation d'activité ou une consultation auprès d'un médecin
Région des Laurentides et le Québec (1992-1993, 1998)



Source : Enquêtes sociales et de santé, 1992-1993, 1998

Répartition en pourcentage des accidents selon le lieu où ils surviennent
Région des Laurentides (1998)



Source: Enquêtes sociales et de santé, 1992-1993, 1998

3.5 SANTÉ MENTALE

Contexte

Le Québec dispose de peu de données permettant d'évaluer la santé mentale de sa population. Les enquêtes de Santé Québec permettent de dépasser les limites des données d'utilisation de services en fournissant de l'information sur la perception de l'état de santé mentale et la détresse psychologique.

Perception de l'état de santé mentale

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, les participants âgés de 15 ans et plus ont été invités à évaluer leur état de santé mentale comparativement à celui des personnes de leur âge. Cinq catégories leur ont été proposées : excellent, très bon, bon, moyen et mauvais.

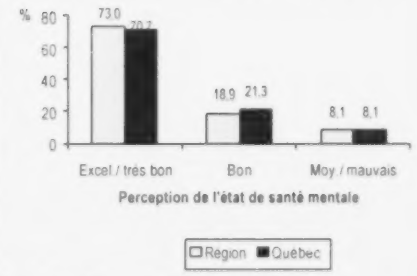
Résultats

Dans la région comme au Québec, la majorité de la population âgée de 15 ans et plus qualifie son état de santé mentale d'excellent, très bon ou bon. Environ 8 % de la population âgée de 15 ans et plus se considère en moyenne ou mauvaise santé mentale.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à s'estimer en très bonne ou excellente santé mentale.

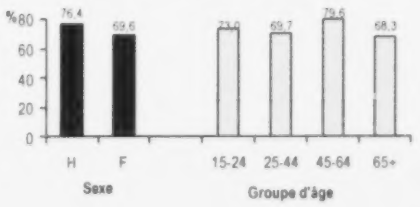
La perception de l'état de santé mentale varie peu selon l'âge. **La proportion de la population régionale âgée de 45 à 64 ans qui qualifie son état de santé mentale d'excellent ou de très bon est supérieure (80%) à celle du Québec (72 %).**

Répartition de la population âgée de 15 ans et plus selon la perception de l'état de santé mentale Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qualifiant son état de santé mentale d'excellent ou très bon selon le sexe et le groupe d'âge Région des Laurentides (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Détresse psychologique

Présentation de l'indicateur utilisé

L'enquête a utilisé une échelle de détresse psychologique qui donne une approximation de l'état de santé mentale des individus.

Cet indice est composé de quatorze questions portant sur la fréquence, au cours de la semaine précédant l'enquête, de divers symptômes ressentis par les répondants et associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité. Le niveau élevé de l'indice correspond à une détresse psychologique sévère.

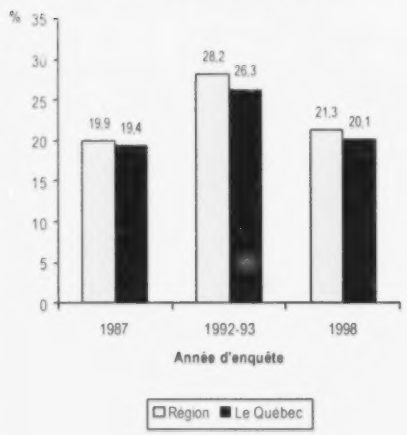
Les résultats présentés concernent les personnes âgées de 15 ans et plus.

Résultats

Dans la région comme au Québec, en 1998, la proportion de la population âgée de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique a décliné pour se rapprocher de ce qu'elle était en 1987, soit une personne sur cinq. Il est à noter que cette observation s'applique aux hommes et aux femmes ainsi qu'à tous les groupes d'âge.

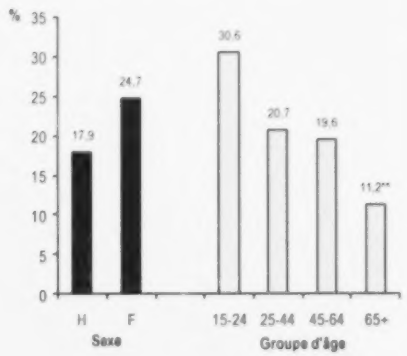
Une proportion plus importante de femmes et de jeunes de 15 à 24 ans présente un niveau élevé de détresse psychologique.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique
Région des Laurentides et le Québec
(1987, 1992-1993, 1998)



Source: Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe et le groupe d'âge
Région des Laurentides (1998)



** *estimation très imprécise : fournie à titre indicatif*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

3.6 IDÉES SUICIDAIRES ET PARASUICIDES

Contexte

Au cours des deux dernières décennies, le phénomène du suicide a pris beaucoup d'ampleur au Québec. Le taux de suicide québécois est passé de 13 pour 100 000 personnes en 1976 à 19 pour 100 000 personnes en 1997. L'augmentation du taux de suicide est plus marquée chez les jeunes; le taux de suicide chez les personnes âgées demeure relativement stable. Malheureusement, étant donné la faible taille de l'échantillon jumelée à la rareté de ces événements dans la population, cette section aborde les idées suicidaires et les parasuicides (les comportements suicidaires non fatals) en ne présentant que la proportion dans la population générale sans distinguer le sexe ou le groupe d'âge.

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, deux questions, ayant pour référence les 12 mois ayant précédé l'enquête, étaient posées au participants âgés de 15 ans et plus : s'il leur était arrivé de penser sérieusement à s'enlever la vie et s'ils avaient fait une tentative de suicide. Ces deux questions permettent d'estimer la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides au cours d'une période de 12 mois.

Résultats

Dans la région, comme au Québec, autour de 4 % de la population âgée de 15 ans et plus déclare avoir sérieusement pensé au suicide à un moment donné au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion permet d'estimer à environ 11 600 le nombre de personnes dans les Laurentides qui auraient eu des idées suicidaires. Il faut souligner que la proportion de la population ayant eu des idées suicidaires observée en 1998 est similaire à celles observées en 1987 et en 1992-1993.

Tout comme au Québec, 8‰ de la population régionale âgée de 15 ans et plus a tenté de s'enlever la vie en 1998. On estime que 1800 personnes des Laurentides auraient fait une tentative de suicide.

3.7 INCAPACITÉ ET LIMITATIONS D'ACTIVITÉ

Contexte

L'état de santé d'une population se mesure non seulement par la fréquence de problèmes de santé mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. L'enquête a recueilli de l'information sur les journées d'incapacité et les limitations d'activité à long terme, de même que sur leurs causes, durée et conséquences. Toutefois, cette section n'aborde que la fréquence des limitations d'activité, en raison de la faible taille de l'échantillon régional.

Limitations d'activité à long terme

Présentation de l'indicateur utilisé

La limitation d'activité à long terme (6 mois ou plus) est ce qui restreint la personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale, d'un problème de santé ou résultant d'un accident.

Il est à souligner que l'enquête n'inclut pas les personnes hébergées en institution (qui sont, pour la plupart, limitées dans leurs activités), ce qui se reflète dans les résultats présentés.

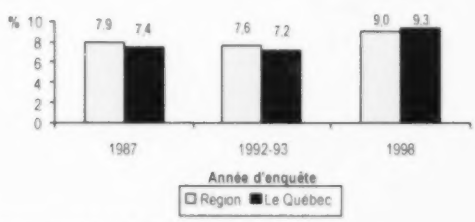
Lors de lenquête, le participant devait indiquer pour lui-même et les autres membres du ménage s'il souffrait d'une limitation d'activité telle que définie plus haut.

Résultats

En 1998, dans la région comme au Québec, environ 9 % de la population de tous âges dit avoir des limitations d'activité au moment de l'enquête. Bien que la proportion ait légèrement augmenté depuis 1987, aucune différence statistiquement significative n'est notée.

Les proportions selon le sexe et l'âge semblent suivre le même profil qu'au Québec. Ainsi, la proportion des personnes ayant des limitations d'activité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et elle augmente avec l'âge.

Proportion de la population de tous âges ayant une limitation d'activité au moment de l'enquête - Région des Laurentides et le Québec (1987, 1992-1993, 1998)



Source: Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

CHAPITRE 4

RECOURS AUX SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Le recours aux services sociaux et de santé permet de rendre compte de l'accès aux services et de l'utilisation qui en est faite. L'information présentée dans ce chapitre porte sur le recours aux services suivants : professionnels de la santé et des services sociaux, hospitalisation et chirurgie d'un jour. Ce chapitre aborde aussi la consommation de médicaments et la vaccination anti-grippale. La couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé y est aussi traitée.

4.1 RECOURS AUX SERVICES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Contexte

L'utilisation des services de santé peut être considérée comme un déterminant de la santé au même titre que les facteurs biologiques, socio-économiques, les habitudes de vie et l'environnement physique et social dans lequel vivent les individus. Cette section traite du recours aux professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que de la satisfaction des usagers.

Recours aux professionnels de la santé et des services sociaux

Présentation de l'indicateur utilisé

Le recours aux professionnels de la santé et des services sociaux est mesuré principalement par le fait d'avoir consulté ou non un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, peu importe la gravité du problème.

Les données relatives au lieu, au motif et au problème d'origine ne portent que sur la dernière consultation. Le fait de ne considérer que la dernière consultation n'affecte en rien la qualité des résultats, car la majorité des personnes déclarent avoir consulté un seul type de professionnel au cours de la période de référence. Les motifs de consultation ont été groupés selon la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9).

Résultats

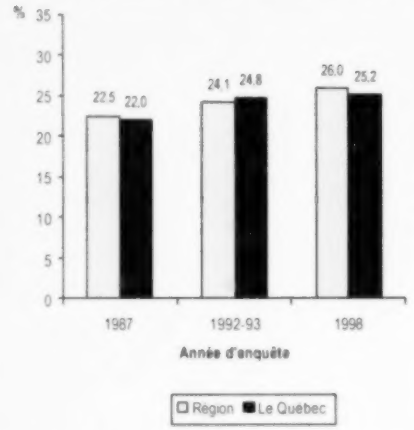
Tout comme au Québec, 26 % de la population régionale a consulté un professionnel de la santé ou des services sociaux au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Ce résultat est similaire à celui obtenu en 1987 et en 1992-1993. Les femmes et les personnes âgées de 45 ans et plus ont consulté dans une plus grande proportion.

Dans la région, 14 % de la population a consulté au moins un médecin généraliste ou spécialiste. De plus, 17 % de la population a consulté au moins un autre type de professionnel de la santé. Par ailleurs, parmi les personnes qui ont consulté au moins un professionnel de la santé, 28 % en ont consulté plus d'un. Ces résultats sont similaires à ceux observés pour l'ensemble du Québec.

Les résultats qui suivent concernent la dernière consultation. **Dans la région, près du tiers (32 %) des visites étaient à caractère préventif, ce qui est supérieur au pourcentage noté dans l'ensemble de la province (23 %).** De plus, 57 % de la population a consulté un professionnel de la santé au bureau privé de celui-ci et **30 % à la pharmacie (comparativement à 20 % au Québec).**

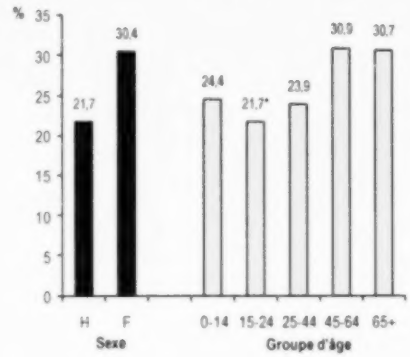
Alors qu'au Québec on note une majorité de consultations faites sans rendez-vous, dans la région les consultations sont effectuées autant sur rendez-vous que sans rendez-vous.

Proportion de la population de tous âges ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 2 semaines précédant l'enquête
Région des Laurentides et le Québec (1987, 1992-1993, 1998)



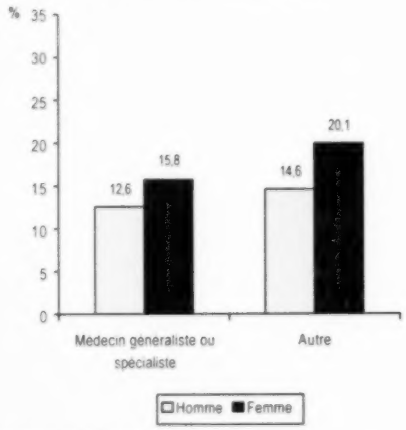
Source: Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population de tous âges ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 2 semaines précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population de tous âges ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 2 semaines précédant l'enquête selon le type de professionnel, par sexe
Région des Laurentides (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Satisfaction des services de santé offerts dans la région

Présentation de l'indicateur utilisé

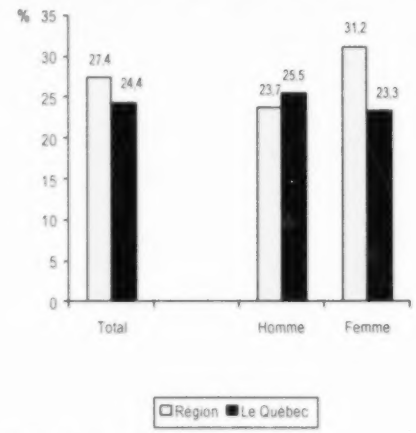
Dans l'enquête, la satisfaction des usagers était évaluée par une seule question demandant au participant son appréciation des services de santé de sa région. Quatre catégories lui étaient proposées : très satisfait, assez satisfait, peu satisfait et pas du tout satisfait.

Il est à noter que cette question s'adressait à tous les participants âgés de 15 ans et plus, qu'ils aient consulté ou non un professionnel de la santé au cours des mois précédant l'enquête.

Résultats

Tant dans les Laurentides qu'au Québec, la majorité (73 %) de la population se dit assez ou très satisfaite des services de santé offerts. Environ 24 % des hommes et 31 % des femmes sont peu ou pas du tout satisfaits des services de santé offerts ; **la proportion observée chez les femmes de la région est supérieure à celle observée au Québec.**

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui se dit peu ou pas du tout satisfaite des services de santé offerts dans leur région selon le sexe
Région des Laurentides et le Québec (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

4.2 RECOURS À L'HOSPITALISATION, À LA CHIRURGIE D'UN JOUR ET AUX SERVICES POST-HOSPITALIERS

Contexte

Dans la foulée des récentes transformations du système de santé et des services sociaux, différentes stratégies ont été mises en place pour faire face à la fois à la croissance des besoins et à la nécessité de contenir les coûts. Dans le secteur hospitalier, les modifications de l'offre de services se sont notamment traduites par une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, et par une place plus grande occupée par la chirurgie d'un jour. Les CLSC, pour leur part, ont vu leur clientèle s'accroître et offrent une gamme plus étendue de services. Comme les ressources des CLSC, pour l'instant, ne peuvent suffire à une telle demande, la participation de la famille et des proches à la prestation des services est appelée à s'intensifier au cours des prochaines années.

L'enquête fournit un éventail de données concernant les hospitalisations et chirurgies d'un jour :

- ✓ la nature du service requis;
- ✓ la source d'aide à laquelle les personnes ont eu recours;
- ✓ la perception que les gens ont de la rapidité d'accès à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation;
- ✓ la durée du temps de séjour hospitalier;
- ✓ la pertinence du recours à la chirurgie d'un jour;
- ✓ l'aide à domicile reçue après une intervention.

Toutefois, il n'a pas été possible de couvrir toutes ces dimensions en raison de la faible taille de l'échantillon régional. Cette section n'aborde que sommairement les hospitalisations et la chirurgie d'un jour.

Présentation de l'indicateur utilisé

Le recours à la chirurgie d'un jour et à l'hospitalisation est mesuré, dans le premier cas, par la proportion de personnes dans la population qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont été traitées à l'hôpital pour une opération sans y avoir passé la nuit et, dans le second cas, par la proportion de celles qui, au cours de la même période, ont passé au moins une nuit à l'hôpital, quelle que soit la raison.

Résultats

Dans la région, selon les résultats de l'enquête, 5,9 % de la population a été hospitalisée à un moment donné au cours d'une période de 12 mois ayant précédé l'enquête, et 3,1 % a eu recours à une chirurgie d'un jour. **Ces résultats sont semblables à ceux observés pour l'ensemble du Québec.**

4.3 CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Contexte

Les médicaments constituent des agents particulièrement efficaces pour prévenir la maladie, soulager ses effets ou guérir l'individu atteint. Par ailleurs, même s'ils possèdent un potentiel préventif ou curatif, ils peuvent à l'occasion conduire à des problèmes sérieux, nécessitant parfois l'hospitalisation. Ces problèmes sont souvent liés à une utilisation inadéquate des médicaments. Cette section couvre la consommation des médicaments tant au point de vue du nombre de médicaments consommés que de leur nature.

Présentation de l'indicateur utilisé

On distingue deux types de médicaments :

- ✓ les médicaments « non prescrits » sont ceux auxquels l'individu a recours de son propre chef ou sous l'influence de son entourage;
- ✓ les « médicaments prescrits » sont ceux qui font l'objet d'une recommandation d'un médecin ou d'un dentiste.

Lors de l'enquête, le participant devait indiquer s'il avait fait l'usage de médicaments la veille ou l'avant-veille, selon une liste proposée de médicaments. Il devait aussi répondre pour chacun des membres de sa famille.

Il faut toutefois souligner que la validité des résultats peut être entachée par l'omission de rapporter l'utilisation d'un médicament.

Il est à noter que les résultats présentés dans cette section concernent la population de tous âges.

Résultats

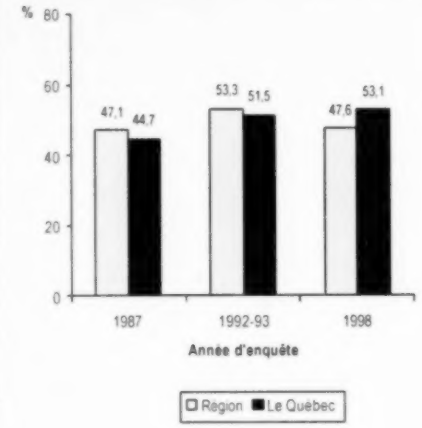
Dans la région, un peu moins de la moitié de la population affirme avoir consommé au moins un médicament la veille ou l'avant-veille de l'enquête. De ces personnes, 40 % déclarent en avoir consommé au moins 3. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à consommer des médicaments. De plus, la proportion de la population ayant consommé au moins un médicament augmente avec l'âge. **Ces résultats sont inférieurs à ceux observés pour l'ensemble du Québec.**

Alors qu'au Québec la proportion de la population ayant consommé au moins un médicament semble augmenter depuis 1987, la proportion dans la région s'est rapprochée du niveau où elle était en 1987.

Au chapitre du type de médicament consommé, 30 % de la population affirme avoir consommé au moins un médicament prescrit et presqu'autant (28 %) a consommé au moins un médicament non prescrit. Ces proportions sont inférieures à celles observées au Québec, et ce, chez les deux sexes.

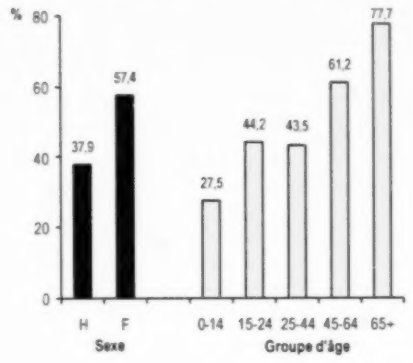
Parmi les médicaments prescrits consommés, on retrouve davantage de médicaments pour les maladies du cœur, d'analgésiques, de contraceptifs oraux et de tranquillisants, ce qui est similaire à ce qui était observé en 1992-1993.

Proportion de la population totale ayant consommé au moins un médicament au cours des 2 jours précédant l'enquête
Région des Laurentides et le Québec (1987, 1992-1993, 1998)



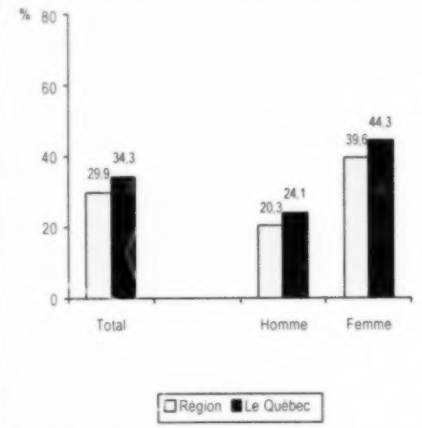
Source: Enquêtes sociales et de santé, 1987, 1992-1993, 1998

Proportion de la population totale ayant consommé au moins un médicament au cours des 2 jours précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge
Région des Laurentides (1998)



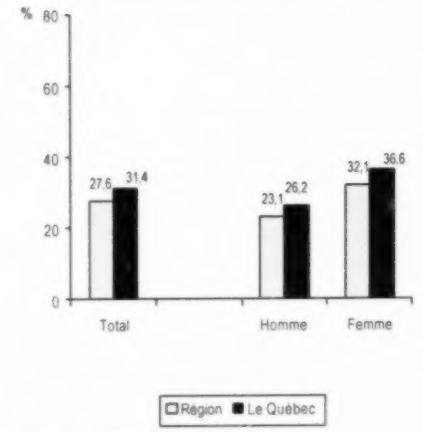
** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population totale ayant consommé au moins un médicament prescrit au cours des 2 jours précédant l'enquête selon le sexe
Région des Laurentides et le Québec (1998)[2]



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population totale ayant consommé au moins un médicament non prescrit au cours des 2 jours précédant l'enquête selon le sexe
Région des Laurentides et le Québec (1998)[2]



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

4.4 VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Contexte

L'influenza, communément appelée la « grippe », peut engendrer une morbidité importante et des complications sérieuses, voire le décès, en particulier chez les personnes souffrant de maladies chroniques et les personnes âgées. La vaccination est la mesure la plus efficace pour prévenir et atténuer les effets néfastes de l'influenza. L'enquête offre la possibilité d'obtenir des estimations de couverture vaccinale contre la grippe.

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, le participant devait indiquer pour lui-même et pour les autres membres du ménage s'ils avaient reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les résultats présentés concernent les personnes de tous âges.

Il est à souligner que l'enquête n'inclut pas les personnes hébergées en institution (qui sont, pour la plupart, limitées dans leurs activités), ce qui se reflète dans les résultats présentés.

Résultats

Dans la région, un peu moins de 5 % de la population a reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. **Cette proportion est moindre qu'au Québec (7,8 %).** Il faut souligner que, dans les Laurentides, environ 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu le vaccin (comparativement à 38 % au Québec).

4.5 RECOURS AU SERVICE TÉLÉPHONIQUE INFO-SANTÉ CLSC

Contexte

Le service téléphonique Info-santé CSLC permet à l'ensemble de la population de communiquer avec des infirmières pour obtenir de l'information et des conseils sur toutes questions reliées à la santé et au bien-être. Au besoin, l'infirmière oriente la personne vers la ressource sociosanitaire la plus appropriée, qu'elle soit publique, privée ou communautaire. Ce service existe depuis 1995 et il est dispensé 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par tous les CLSC du Québec, à l'exception des régions nordiques. Cette section décrit l'utilisation de ce service par la population.

Présentation de l'indicateur utilisé

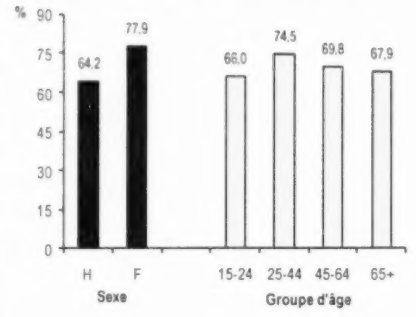
Lors de l'enquête, les participants âgés de 15 ans et plus étaient interrogés sur la connaissance qu'ils ont du service et sur la fréquence de leur utilisation de celui-ci.

Résultats

Dans les Laurentides, comme au Québec, environ 71 % de la population âgée de 15 ans et plus sait qu'il existe un service téléphonique Info-santé CLSC dans la région. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à connaître l'existence de ce service que les hommes.

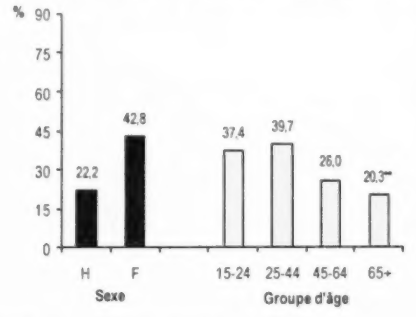
Le tiers (33 %) des personnes qui connaissent l'existence du service Info-santé CLSC dans leur région ont utilisé ce service à un moment donné au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les femmes et les personnes âgées de 15 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir utilisé le service. Ces résultats sont semblables à ceux observés pour l'ensemble du Québec.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui sait qu'il existe un service téléphonique Info-Santé CLSC dans leur région, selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



Source : Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui a utilisé le service téléphonique Info-CLSC au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



*** estimation très imprécise : fournie à titre indicatif*
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

4.6 COUVERTURE DES FRAIS DE SANTÉ PAR UN RÉGIME D'ASSURANCE PRIVÉ

Contexte

Les lois qui structurent le régime d'assurance maladie du Québec reflètent le fait que l'équité face à l'accès au système de soins est une valeur importante de la société québécoise. La couverture des frais pour les services de santé est incomplète; des groupes définis de population bénéficient de la gratuité de certains soins. Pour sa part, le programme d'assurance-médicaments (médicaments prescrits), instauré en 1997, n'est pas gratuit à l'accès. Il est bon de rappeler que, depuis 1997, toute personne ne bénéficiant d'aucun régime d'assurance privé doit adhérer au programme public d'assurance médicaments. La présente section décrit la couverture des frais de santé par une assurance privée.

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, le participant devait indiquer pour lui-même et pour chacun des membres du ménage s'ils bénéficient d'un régime d'assurance privé.

Le taux de couverture des frais de santé par un régime d'assurance privé correspond à la proportion de la population de tous âges qui bénéficie d'un régime d'assurance privé.

Résultats

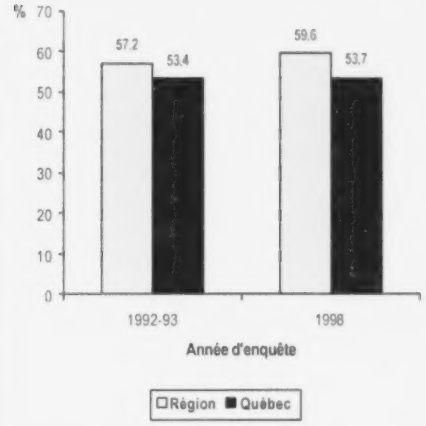
En 1998, près de 60 % de la population régionale est couverte par un régime d'assurance privé. Ce taux est similaire à celui observé dans l'ensemble du Québec et à ce qui était observé en 1992-1993 malgré le fait que le contexte réglementaire et légal soit différent entre les deux périodes.

Alors que le taux de couverture par les régimes privés est similaire chez les hommes et chez les femmes, il varie selon les groupes d'âge. Les personnes âgées de 65 ans et plus ont le plus bas taux de couverture, ce qui s'explique, entre autre, par l'existence des régimes publics plus généreux pour ce groupe d'âge.

Il est à noter que la grande majorité (93 %) des personnes qui sont couvertes par un régime d'assurance privé l'ont obtenu dans le cadre de leur emploi ou d'une activité professionnelle.

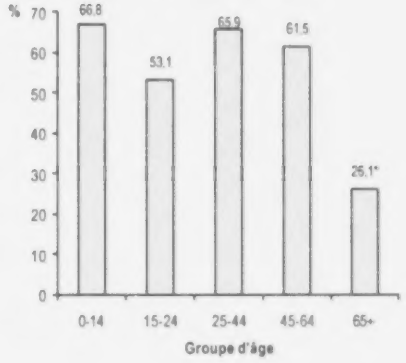
Plus de la moitié de la population régionale est couverte par un régime d'assurance privé pour les frais de séjour hospitalier et pour les médicaments prescrits. Les services dits « autres » (tels que ceux qui sont fournis par des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des psychologues, des acupuncteurs, etc.) sont couverts par des régimes d'assurance privés pour plus de la moitié de la population régionale.

Proportion de la population totale couverte par un régime d'assurance privé
Région des Laurentides et le Québec (1992-1993, 1998)



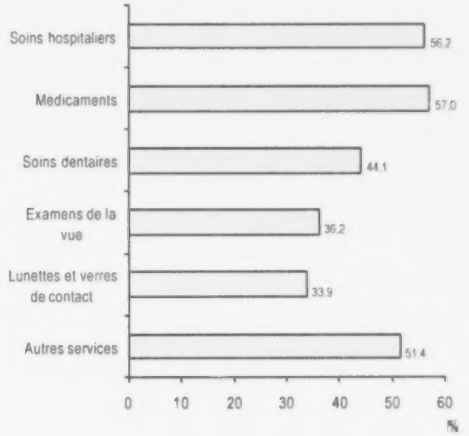
Source: Enquêtes sociales et de santé, 1992-1993, 1998

Proportion de la population totale couverte par un régime d'assurance privé, selon le groupe d'âge
Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion de la population totale couverte par un régime d'assurance privé selon les types de frais couverts
Région des Laurentides (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

CHAPITRE 5

ENVIRONNEMENT DE SOUTIEN ET MILIEU DE TRAVAIL

L'environnement de soutien et le milieu de travail ont un impact direct sur la santé d'un individu. Ce chapitre traite particulièrement du soutien social, de certaines caractéristiques du travail et de l'environnement psychosocial du travail.

5.1 MILIEU SOCIAL

Contexte

Les facteurs sociaux (réseaux de soutien, relations sociales, etc.) influencent la santé et le bien-être d'un individu. À cet effet, l'enquête fournit de l'information sur l'intégration sociale, la satisfaction quant aux rapports sociaux, la présence de relations intimes, les difficultés dans les relations conjugales et les événements traumatisants anciens. Toutefois, compte tenu de la faible taille de l'échantillon régional, cette section s'attarde uniquement au soutien social.

Soutien social

Présentation de l'indicateur utilisé

L'indice de soutien social, élaboré à partir de onze questions, est composé d'items se rapportant à la notion d'intégration sociale, à la satisfaction quant aux apports sociaux et à la taille du réseau de soutien. Cet indice s'applique aux personnes âgées de 15 ans et plus.

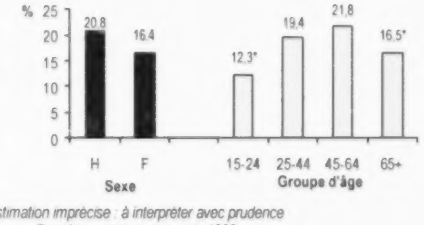
Résultats

En matière de soutien social, la population âgée de 15 ans et plus des Laurentides suit le même profil qu'au Québec.

Ainsi, une plus grande proportion d'hommes que de femmes déclarent avoir un faible niveau de soutien social. Aussi, les personnes de 25 à 64 ans sont plus susceptibles d'avoir un faible niveau de soutien social.

L'examen de chacune des questions qui composent l'indice de soutien social révèle que certaines catégories de personnes paraissent particulièrement isolées. Ainsi, 4,8 % de la population déclare participer rarement (une fois par mois ou moins) à des rencontres avec la parenté, les amis ou les connaissances, 10 % passe seule plus de la moitié de son temps libre, 12 % se dit insatisfaite de sa vie sociale, et 10 % n'a aucun confident.

Proportion de la population âgée de 15 ans et plus ayant un faible niveau de soutien social, selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



* *estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source : Enquête sociale et de santé, 1998

5.2 TRAVAIL ET SANTÉ

Contexte

Plus de la moitié de la population québécoise fait partie de la population active. C'est donc dire que le travail comme déterminant de la santé touche une proportion importante de la population. Cette section traite de trois aspects de la relation entre le travail et la santé : diverses conditions de travail, les problèmes musculo-squelettiques et les postures de travail.

Présentation de l'indicateur utilisé

Lors de l'enquête, les participants étaient interrogés sur certaines caractéristiques de leur travail ainsi que, lorsque c'était le cas, sur le type des blessures ou douleurs liées au travail. Les résultats de cette section concernent les personnes âgées de 15 ans et plus qui occupaient un emploi rémunéré au moment de l'enquête.

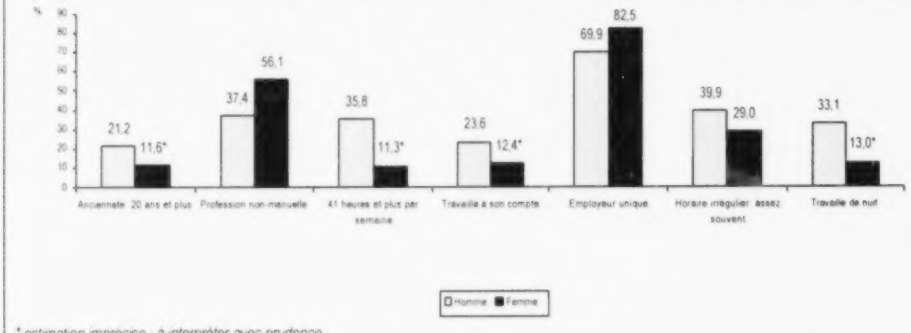
Résultats

D'une part, les hommes sont exposés, dans une plus grande proportion que les femmes, à certaines conditions de travail défavorables et à des risques physiques et chimiques accrus. Les femmes sont davantage exposées à des paroles et à des gestes à caractère sexuel dans leur milieu de travail. D'autre part, la région présente une proportion de personnes de profession manuelle ou mixte plus élevée qu'au Québec.

Toutes proportions gardées, les lésions musculo-squelettiques chez les travailleurs qui habitent la région sont moins fréquentes que chez ceux du Québec. Près de 42 % des hommes et 31 % des femmes disent avoir ressenti des douleurs au bas du dos.

Les travailleurs qui habitent les Laurentides sont proportionnellement plus nombreux à travailler debout que ceux qui habitent ailleurs au Québec. C'est chez les femmes que cette différence est plus marquée (63 % vs 53 %).

Proportion des travailleurs selon certaines caractéristiques de travail, par sexe - Région des Laurentides (1998)



* estimation imprécise : à interpréter avec prudence
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

5.3 ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL DU TRAVAIL

Contexte

Le faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail ainsi que la demande psychologique élevée peuvent contribuer au développement de problèmes de santé physique et mentale. Cette section décrit la fréquence de ces contraintes telles que perçues par les travailleurs.

Présentation de l'indicateur utilisé

L'indice d'autonomie décisionnelle au travail (AD), élaboré à partir de neuf questions, porte sur la capacité d'utiliser ses qualifications et d'en développer de nouvelles. Il porte aussi sur la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent.

L'indice de demande psychologique au travail (DP), élaboré à partir de neuf questions, réfère à la quantité de travail, aux exigences mentales et aux restrictions dues au temps.

Les résultats présentés concernent les personnes âgées de 15 ans et plus qui occupaient un travail rémunéré et qui travaillaient au moins 25 heures par semaine au moment de l'enquête.

Résultats

La proportion de travailleurs, en 1998, qui présentent un faible niveau d'AD au travail est plus élevée qu'en 1992-1993.

La proportion des femmes ayant un faible niveau d'AD est plus élevée que chez les hommes.

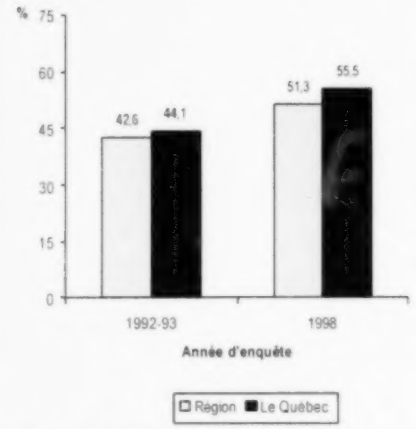
De plus, les hommes de la région des Laurentides sont proportionnellement moins nombreux que les hommes du Québec à se situer dans ce groupe.

La proportion de travailleurs ayant un faible niveau d'AD diminue avec l'âge. **Il est à noter que les personnes de 45 à 64 ans de la région présentent une proportion moindre que celle observée pour ce groupe d'âge au Québec.**

Plus de la moitié des travailleurs sont exposés à une DP élevée au travail. **Les hommes y sont plus exposés que les femmes.** Le niveau d'exposition varie selon le groupe d'âge. Il est à noter que les résultats régionaux ne diffèrent pas de ceux observés pour l'ensemble du Québec.

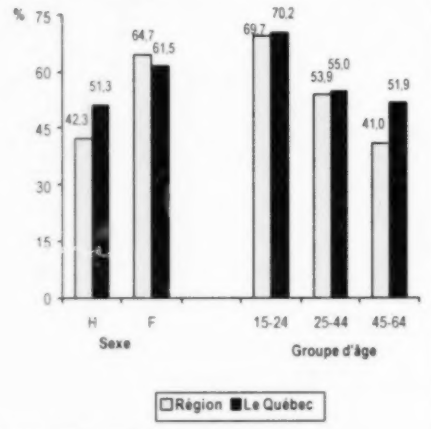
Parmi les catégories formées avec la combinaison des deux contraintes (AD et DP), les plus intéressantes sont les personnes les moins exposées (AD élevée et DP faible) et les personnes les plus exposées (AD faible et DP élevée). Environ 20 % des travailleurs sont fortement exposés aux contraintes liées au travail et 24 % le sont faiblement. **Les femmes sont davantage exposées que les hommes et que le niveau élevé d'exposition diminue avec l'âge.**

Proportion des travailleurs âgés de 15 ans et plus ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail
Région des Laurentides et le Québec (1992-1993, 1998)



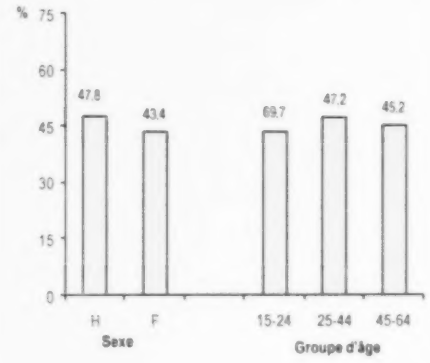
Source: Enquêtes sociales et de santé, 1992-1993, 1998

Proportion des travailleurs ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail selon le sexe et le groupe d'âge
Région des Laurentides et le Québec (1998)



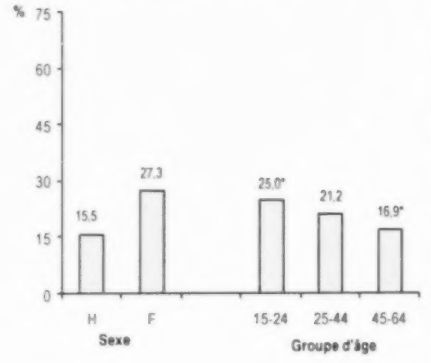
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion des travailleurs ayant niveau élevé de demande psychologique au travail selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



Source: Enquête sociale et de santé, 1998

Proportion des travailleurs ayant un faible niveau d'autonomie décisionnelle et un niveau élevé de demande psychologique au travail selon le sexe et le groupe d'âge - Région des Laurentides (1998)



** estimation imprécise : à interpréter avec prudence*
Source: Enquête sociale et de santé, 1998

CONCLUSION

L'Enquête sociale et de santé révèle peu de différences entre les Laurentides et l'ensemble du Québec. De plus, comme dans le reste du Québec, les résultats dans les Laurentides ont, en général, peu changé par rapport aux résultats de 1987 et de 1992-1993.

Cette stabilité se constate en particulier dans **les habitudes de vie et les comportements préventifs** qui tardent à évoluer de manière positive. Ainsi, comme en 1992-1993, un tiers des résidants âgés de 15 ans et plus se disent fumeurs réguliers et la moitié de la population pratique peu l'activité physique. Pour ce qui est des personnes de 15 ans et plus qui déclarent avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête, la proportion est, là aussi, demeurée la même, soit 85 %; il en va de même pour la consommation de drogues avec une proportion de 18 %. On observe cependant une amélioration du côté du dépistage du cancer du sein où la proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant eu une mammographie tous les deux ans est passée de 45 à 60 %. Par contre l'excès de poids, toujours à la hausse depuis 1987, devient préoccupant.

En ce qui concerne **l'état de santé et de bien-être**, parmi les améliorations, on note une diminution des accidents avec blessures ayant entraîné une limitation d'activité ou une consultation médicale. Quant à la détresse psychologique, elle est revenue au niveau de 1987 après avoir fait un bond en 1992-1993. La proportion des personnes de 15 ans et plus ayant dit avoir pensé sérieusement au suicide, au cours des 12 mois précédant l'enquête, est restée similaire à 1992-1993 (3,5 %) ; il en va de même pour les personnes ayant posé un geste suicidaire (0,8 %).

Pour ce qui est des **soins et services**, c'est 71 % des répondants qui ont dit connaître l'existence du service Info-santé des CLSC. La consommation de médicaments diffère quelque peu dans les Laurentides par rapport au Québec : en hausse constante au Québec depuis 1987, elle est revenue, dans la région, près du niveau de 1987 après avoir connu une hausse en 1992-1993. Par contre, comme au Québec, le recours aux services des professionnels de la santé est demeuré stable.